MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(Organizador)

ENFERMAGEM:

Investigação científica, ensino e assistência 2

Ano 2022

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(Organizador)

ENFERMAGEM:

Investigação científica, ensino e assistência 2

Atena Editora
Ano 2022

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Bruno Oliveira
Camila Alves de Cremo
Daphynny Pamplona
Luiza Alves Batista
Natália Sandrini de Azevedo
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS
E DA SAÚDE
Atena
Editora
Ano 2022

Enfermagem: investigação científica, ensino e assistência 2

Diagramação:	Camila Alves de Cremo
Correção:	Maiara Ferreira
Indexação:	Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão:	Os autores
Organizador:	Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 Enfermagem: investigação científica, ensino e assistência 2 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0295-4
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.954221207

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

Temos o prazer de apresentar a coleção “ENFERMAGEM: INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA, ENSINO E ASSISTÊNCIA”. Os volumes dessa coletânea trazem variados estudos que reúnem evidências científicas que visam respaldar a importância de uma assistência de enfermagem pautada pela excelência e qualidade. A primeira obra aborda temas como o protagonismo da enfermagem no incentivo ao aleitamento materno; a assistência humanizada da equipe de enfermagem no parto, ao neonato e lactente; cuidados com pacientes pediátricos, a aplicação do escore pediátrico de alerta e o papel da enfermagem na oncologia pediátrica; acolhimento e classificação de risco obstétrico na pandemia COVID-19 e luto parental; cuidados com pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e a importância de intervenções educacionais para essa população; cuidados paliativos; repercussão da mastectomia na vida das mulheres; cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e a carga de trabalho em serviços de medicina intensiva; assistência ao paciente em tratamento hemodialítico; e a letalidade dos acidentes de trânsito no Brasil.

A segunda obra discute temas como a auditoria em enfermagem e o planeamento na gestão em enfermagem; a simulação clínica para o ensino de enfermagem; a importância da lavagem das mãos na prevenção de infecções; a cultura de segurança do paciente; perspectiva histórica do ensino e avaliação dos cursos de enfermagem, o papel da preceptoria e concepções dos estudantes; uso de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção primaria; assistência de enfermagem na saúde mental do indivíduo e sua família; a infecção por COVID-19 em profissionais de enfermagem; vulnerabilidade da pessoa idosa e o uso de tecnologias no cuidado à essa população; tratamento de tuberculose latente em adolescente; doenças crônicas não transmissíveis e as condições de saúde da população brasileira; e as vantagens e desvantagens da toxina botulínica.

Ressaltamos a relevância da divulgação científica dos trabalhos apresentados, para que os mesmos possam servir de base para a prática segura dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR EM CENTRO CIRÚRGICO: OPME REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Adriana Maria Alexandre Henriques
Débora Machado Nascimento do Espírito Santo
Cláudia Carina Conceição dos Santos
Elisa Justo Martins
Liege Segabinazzi Lunardi
Flávia Giendruczak

https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212071

CAPÍTULO 2 9

A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA EM ENFERMAGEM PARA AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Adelina Ferreira Gonçalves
Eline Aparecida Vendas Righetti
Sabrina Ferreira Furtado Magrin

https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212072

CAPÍTULO 3 21

A IMPORTÂNCIA DO PLANEAMENTO NA GESTÃO EM ENFERMAGEM DE SERVIÇOS HOSPITALARES: UMA *SCOPING REVIEW*

Catarina Raquel Ferreira Porfírio
Maria Manuela da Silva Martins
Narcisa Gonçalves
Margarida Ferreira Pires
Regina Maria Pires

https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212073

CAPÍTULO 4 33

O IMPACTO DA MOTIVAÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR NA NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES EM ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO

Catarina Raquel Ferreira Porfírio
Maria Manuela da Silva Martins
Margarida Ferreira Pires
Regina Maria Pires

https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212074

CAPÍTULO 5 38

A IMPORTÂNCIA DA SIMULAÇÃO CLÍNICA PARA O ENSINO DO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO COM SEGURANÇA NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Eliane Souza de Almeida Cruz

https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212075

CAPÍTULO 6..45

ATENDIMENTO SIMULADO AO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karina Mara Brandão Teles Barbosa Andrade
Mariana dos Santos Serqueira
Landra Grasiele Silva Saldanha
Claudenice Ferreira dos Santos
Danielle de Andrade Canavarro

https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212076

CAPÍTULO 7..53

CENÁRIO SIMULADO: MANEJO DE RESÍDUOS DE LUVAS DE LÁTEX ENTRE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

Adriana Aparecida Mendes
Rondinelli Donizetti Herculano

https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212077

CAPÍTULO 8..65

A IMPORTÂNCIA DA LAVAGEM DAS MÃOS PARA O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Marceli Diana Helfenstein Albeirice da Rocha
Jessé Alves da Cunha
Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante
Raimunda Maria Ferreira de Almeida

https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212078

CAPÍTULO 9..74

FATORES RELACIONADOS AO CUMPRIMENTO DA TÉCNICA DE HIGIENE DAS MÃOS PELA ENFERMAGEM: ESTUDO TRANSVERSAL

Priscila Brandão
Luana Ramos Garcia
Larissa Sousa Oliva Brun
Letícia de Assis Santos
Maithê de Carvalho e Lemos Goulart
Fernanda Maria Vieira Pereira Ávila
Fernanda Garcia Bezerra Góes

https://doi.org/10.22533/at.ed.9542212079

CAPÍTULO 10..89

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE TEÓRICO REFLEXIVA

Oclaris Lopes Munhoz
Silomar Ilha

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120710

CAPÍTULO 11 .... **97**

CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE HOSPITAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Marcus Fernando da Silva Praxedes

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120711

CAPÍTULO 12 .... **104**

PERCEPÇÃO DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM SOBRE O PROJETO UEPA NAS COMUNIDADES

Kethully Soares Vieira
Ana Flavia de Oliveira Ribeiro
Daniele Rodrigues Silva
Samantha Modesto de Almeida
Manoel Victor Martins Marinho

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120712

CAPÍTULO 13 .... **109**

ESTRATÉGIAS PARA APRIMORAR A INTERAÇÃO ENTRE OS ATORES ENVOLVIDOS NA PRECEPTORIA EM ENFERMAGEM NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - HUMAP

Odila Paula Savenhago Schwartz
José Felipe Costa da Silva
Renata Carmel de Araújo Silva

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120713

CAPÍTULO 14 .... **118**

PERSPECTIVA HISTÓRICA DO ENSINO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Iranete Pereira Ribeiro
Christiane de Carvalho Marinho
Rafaella Fernanda Siqueira Pinto
Marcelo dos Santos Rodrigues
Jofre Jacob da Silva Freitas
Kátia Simone Kietzer
Lizomar de Jesus Maués Pereira Moia
Ilma Pastana Ferreira
Antônia Margareth Moita Sá

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120714

CAPÍTULO 15 .... **126**

AVALIAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DOS EGRESSOS NO MERCADO DE TRABALHO

Kamila Tessarolo Velame
Gilda Borges Pereira
Maria Carlota de Rezende Coelho

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120715

CAPÍTULO 16...137

CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE O PROCESSO SAÚDE DOENÇA

Lucia Rondelo Duarte

Isabela Peres da Silva

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120716

CAPÍTULO 17...148

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS NA ATENÇÃO PRIMARIA

Pamela Rodrigues Lino de Souza

Paulo Campos

Renata Cristina Schmidt Santos

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120717

CAPÍTULO 18...160

O ENFERMEIRO MEDIANTE AO ADOLESCENTE COM IDEAÇÕES SUICIDAS: UMA PERCEPÇÃO DA PSICOLOGIA EM ENFERMAGEM

Joice dos Santos Bonandi

Maria Victória Rodrigues Archanjo

Otávio Evangelista Marvila

Cristine Moreira

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120718

CAPÍTULO 19...172

CURAE DE MIM: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Catarina Afonso

António Afonso

João Gomes

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120719

CAPÍTULO 20...183

TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Felipe Ferreira da Silva

Iara Maria Pires Perez

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120720

CAPÍTULO 21...191

AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO AJUSTAMENTO MENTAL DA PESSOA COM ÚLCERA CRÓNICA NOS MEMBROS INFERIORES

Sandra Maria Sousa Silva Marques

Luciana Isabel dos Santos Correia

Adília Maria Pires da Silva Fernandes

João Filipe Fernandes Lindo Simões

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120721

CAPÍTULO 22..205

A INFECÇÃO POR COVID 19 EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Vanusa Ferreira de Sousa
Leila Batista Ribeiro

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120722

CAPÍTULO 23..219

VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA À COVID-19 EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

Polyanna Freitas Albuquerque Castro
Andréa de Jesus Sá Costa Rocha
Amanda Silva de Oliveira
Líscia Divana Carvalho Silva
Rosilda Silva Dias

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120723

CAPÍTULO 24..229

USO DA TECNOLOGIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA COM DOENÇA DE ALZHEIMER: REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Eduarda de Almeida
Leonardo Mendes Santos
Hêmily Filippi
Graciela de Brum Palmeiras

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120724

CAPÍTULO 25..242

TRATAMENTO DE TUBERCULOSE LATENTE EM ADOLESCENTE ACOMPANHADO PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nívea Aparecida de Almeida
Gilcélia Correia Santos Bernardes
Fernanda Henriques Rocha Ribeiro
Ana Paula Nogueira Godoi
Flavya Leticia Teodoro Santos
Bruna Raiane Dias
Denner Henrique Isaias Souza
Isabella Viana Gomes Schettini
Rommel Larcher Rachid Novais
Paulo Henrique Araújo Soares
Wander Valadares de Oliveira Júnior
Patrícia Costa Souza de Sá

https://doi.org/10.22533/at.ed.95422120725

CAPÍTULO 26..248

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA

CAPÍTULO 1

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR EM CENTRO CIRÚRGICO: OPME REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 04/07/2022

Adriana Maria Alexandre Henriques

Débora Machado Nascimento do Espírito Santo

Cláudia Carina Conceição dos Santos

Elisa Justo Martins

Liege Segabinazzi Lunardi

Flávia Giendruczak

RESUMO: O presente estudo,apresenta aspectos da auditoria em débitos do centro cirúrgico, suas fragilidades e desafios,especialmente em OPME. Trata-se de uma revisão bibliográfica que baseia-se em artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados LILACS,SciELO,MEDLINE e PubMed. Para a seleção das publicações foram utilizadas as técnicas de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa. Conclui-se com este estudo que é importante estimular o aprofundamento de pesquisas sobre essa temática, com o intuito de aprimorar os registros de débitos de OPME, garantindo sempre a qualidade do atendimento prestado.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Auditoria. OPME.

ABSTRACT: The present study presents aspects of audit of debts of the surgical center, its fragilities and challenges, especially in OPME. This is a bibliographic review based on articles published in journals indexed in the LILACS, SciELO, MEDLINE and PubMed databases. For the selection of publications, the techniques of exploratory, selective, analytical and interpretive reading were used. It is concluded with this study that it is important to stimulate the deepening of research on this subject, with the aim of improving the records of debts of OPME, always guaranteeing the quality of the service rendered.
KEYWORDS: Nursing. Audit. OPME.

INTRODUÇÃO

A auditoria é uma especialidade nova na área médica. Apesar de estar inserida nos Conselhos de Medicina e de Enfermagem, no Brasil, existem poucas literaturas especializadas visto que ainda está em desenvolvimento. No Brasil, a partir da década de 60, a assistência médica brasileira passou por profundas alterações e na década de 70, houve o aparecimento da necessidade de um sistema de controle e avaliação dessa assistência. Segundo ALBUQUERQUE et al. (2008) o Ministério da Previdência sistematizou a avaliação dos serviços médicos prestados através da auditagem médica e administrativa das contas a serem pagas. Na década de 80 tivemos a consolidação da Auditoria Médica como uma atividade necessária a todas as modalidades e referências. SOUZA (2001) define auditoria como um conjunto de medidas através das quais, peritos internos ou externos

revisam as atividades operacionais de determinados setores de uma instituição, com a finalidade de mensurar a qualidade dos serviços prestados. Pode-se dizer que a auditoria é uma estratégia para melhorar o cuidado através de levantamento prévio e identificação da deficiência na organização e assistência prestada. Também pode ser definida como a avaliação sistemática da qualidade de assistência de enfermagem verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente ou das próprias condições deste (ALBUQUERQUE et al,2008). Conforme ATTIE, 1998 o termo auditor tem origem latina (aquele que ouve, o ouvinte), na realidade provém da palavra inglesa to audit (examinar, corrigir, certificar). E através da Resolução n°266/2017 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN),aprova as atividades do enfermeiro auditor. Por isso é tão importante o papel do enfermeiro auditor no Centro Cirúrgico e no processo de gerenciamento dos OPMEs que já deve começar no pré- agendamento cirúrgico, onde o médico solicita o procedimento que será realizado, bem como os materiais que serão utilizados. Aqui os profissionais devem ser muito bem capacitados para conseguir ter uma análise criteriosa do tipo de material e quantidade. Essa revisão bibliográfica traz um reforço da importância do papel da auditoria de enfermagem e destaca alguns aspectos na auditoria de OPMEs em Centro Cirúrgico.

REVISÃO DE LITERATURA

A história da auditoria tem uma origem contábil, seus registros datam do ano 2.600 a. C. No século XII d.C. Seu maior desenvolvimento ocorreu na Inglaterra com a Revolução Industrial no século XVII, sua prática evoluiu recebendo novas diretrizes, para atender às necessidades das grandes corporações (MOTTA, 201). Na área da saúde teve início com o médico George Gray Ward, nos Estados Unidos por volta de 1918, com a verificação da qualidade da assistência prestada ao cliente através dos registros descritos pela enfermagem no prontuário do paciente (TAKAHASHI;PEREIRA,2005). Através da resolução n°266/2017 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprova as atividades do enfermeiro auditor. A auditoria de enfermagem é definida como uma avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente, avaliada por meia análise dos prontuários e acompanhamento do cliente e da verificação da compatibilidade entre os procedimentos que foram realizados e os itens que serão cobrados na conta hospitalar. Desse modo, garante a qualidade da assistência, cobrança e pagamento adequados (CAMELO et al.2009). A auditoria de enfermagem é definida como uma avaliação da assistência prestada ao cliente, avaliada por análise dos prontuários e acompanhamento do cliente e da verificação da compatibilidade entre os atendimentos que foram realizados e os itens que serão cobrados na conta hospitalar. Desse modo, garante a qualidade da assistência, cobrança e pagamento adequados (CAMELO et al. 2009).

Segundo BORK (2003), o enfermeiro interessado em dar início a um processo de auditoria deve ter em mente que mais importante do que o recurso é a crença do grupo

na necessidade desse processo, especialmente do pessoal que presta cuidado diretor ao paciente. O grupo deve estar esclarecido de que auditoria não avalia uma pessoa, mas sim o conjunto de atividades desenvolvidas por uma equipe de trabalho. O enfermeiro auditor deverá ter as seguintes responsabilidades: dominar a legislação vigente, atuar em concordância da mesma; agir com ética, dentro dos preceitos do exercício da profissão; conhecer os contratos entre prestadores de serviço e operadoras de planos de saúde; manter-se atualizado sobre os aspectos científicos da enfermagem; dominar o conteúdo da composição da conta hospitalar (MOTA,2003). A Sociedade Brasileira de Enfermeiros Auditores em Saúde (SOBEAS) e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) consideram a situação do enfermeiro auditor na Auditoria Gerencial, Auditoria de Qualidade e Assistência a Auditoria Quântico Econômico (materiais e medicamentos) (SOBEAS,2008). A Lei 7.498/87, em seu artigo 11, reconhece a função do enfermeiro auditor. "O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe ainda: consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre a matéria da enfermagem" (COFEN,2005). A Resolução do COFEN 266/2001 aprova as atividades do enfermeiro auditor como administrador da área de saúde, e por isso, precisa estar informado sobre economia, finanças, política e estar consciente que muitas decisões tomadas poderão trazer pressões daqueles que não concordarem com ela. No desenvolvimento deste trabalho pressões e erros poderão ocorrer, pois o auditor é um ser humano, sendo assim a comunicação tem papel fundamental para que isso não ocorra (AHESP,2009; BICHANGA;BULL,2000). O auditor deve informar à equipe de saúde forma verbal e ouvir sobre o motivo de todas as condutas. Explicações claras e objetivas à equipe de saúde sobre o "porque" da ocorrência de glosas e orientações são fundamentais para que sejam evitados certos erros futuros (PELEGRINI,2004; TINJI, et al.2004). Segundo JUNQUEIRA (2001), o auditor precisa ter ainda conhecimento amplo sobre tipos de contrato entre as empresas e o cliente; entre a empresa e prestadores de serviços; manuais de intercâmbio entre empresas (cooperativas médicas); manuais de auditoria médica; tabelas de honorários e procedimentos; câmara de compensação. Desta forma o perfil ideal do enfermeiro para atuar nesta área deverá ser de alguém sistemático, ético, detalhista, com bom nível de atenção e de memória, grande senso de humor, capacidade de liderança, gosto por desafios e capacidade de se comunicar (MARQUES,2004,SCARPAZO,2004,GALVÃO,2002). É sabido que atualmente tem havido uma preocupação muito grande no gerenciamento do uso das OPMEs.

O que é OPME?

Órteses: São dispositivos de ação temporária que melhoram a função ou possibilitam alcançar um objetivo funcional; Próteses: São dispositivos destinados a substituir estruturas anatômicas e realizar suas funções.

Materiais Especiais: Materiais que auxiliam no procedimento diagnóstico ou terapêutico, implantáveis ou de uso único sem possibilidade de reesterilização. RN 167

(2008), RN 211 (2010), RN 262 (2011) e RN 338 (2013) –ANS e ANVISA Gestão de OPME é a ferramenta utilizada para gerência de forma padronizada e integrada a todos os processos desde a solicitação até o pagamento final dos materiais, visando o controle de custos, garantindo a qualidade e procedência das OPMEs e seus objetivos são a segurança do paciente, a qualidade da assistência, a eficiência operacional, as relações comerciais e técnicas harmoniosas, a oferta de uma boa relação custo-benefício para os produtos, gerando assim, confiança e resolubilidade. Os profissionais da assistência no centro cirúrgico: enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem (circulantes e instrumentadores) precisam entender o papel da auditoria como um facilitador no processo e não como um fiscalizador (MANDIA,2017). Na área de centro cirúrgico, o auditor de enfermagem atua na análise das anotações de enfermagem, descrições cirúrgicas e anestésicas, comparando-as com as cobranças realizadas e o débito de sala de recuperação anestésica. Essas atividades incluem os períodos pré, trans e pós-operatório e também a elaboração de pacotes de procedimentos cirúrgicos, buscando melhorar a negociação do hospital com as operadoras de planos de saúde (OLIVEIRA,2013).

Conforme os autores Camelo e Junior (2006), o enfermeiro auditor aparece nas instituições hospitalares para exercer o papel de gestor com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência dos processos e dos custos. Para isso ele precisa conhecer e dominar todos os procedimentos que abrangem o atendimento do cliente, desde a admissão deste no hospital, até a sua saída (SILVEIRA,2018). De acordo com o mesmo autor na área de Centro Cirúrgico, o enfermeiro deve possuir um bom conhecimento técnico científico da área para sugerir estratégias e mudanças das rotinas, subsidiando a educação continuada com foco na prestação de serviços de qualidade e no controle das perdas (SILVEIRA,2018). A auditoria é a peça chave na conferência dos registros e cobrança das contas, mas o trabalho que a auditoria realiza dentro de uma instituição de saúde é uma atividade que vai além de uma simples conferência de compatibilidade, entre os procedimentos realizados e a cobrança hospitalar.

É uma avaliação sistemática, realizada através dos registros de enfermagem no prontuário do paciente, e tem como uma de suas finalidades fornecer dados para a melhoria da qualidade do cuidado e melhoria dos próprios registros, além de contribuir, também para a melhoria dos processos e redução de custos. Segundo Arantes, Helito e Silva, são fundamentais para um enfermeiro auditor e seu desenvolvimento profissional o conhecimento técnico-científico e uma visão holística e generalista dos processos assistenciais e administrativos. A auditoria é peça chave na conferência dos registros e cobrança das contas, mas o trabalho que a auditoria realiza dentro de uma instituição de saúde é uma atividade que vai além de uma simples conferência de compatibilidade entre os procedimentos realizados e a cobrança hospitalar.

Nesse contexto, a enfermagem possui uma visão ampla do funcionamento das instituições hospitalares, assim facilitando a sua atuação para esta função. Os registros

de enfermagem devem abranger as informações sobre a saúde geral do paciente, as observações e intervenções realizadas, bem como acolher as informações administrativas referentes a transferências, equipamentos e insumos. Nessa área o enfermeiro pode atuar não apenas como conferente de materiais e medicamentos, mas tem condições também, de sugerir estratégias e mudanças das rotinas, subsidiando a educação continuada com foco na prestação de serviços de qualidade e no controle das perdas. A auditoria em débitos tem sido cada vez mais criteriosa. Sabe-se que se os registros se tornarem totalmente corretos, a instituição não só diminuirá perdas como também obterá resultados positivos, melhorando a gestão dos processos. A auditoria em débitos é de suma importância, pois aponta as irregularidades dos registros, evitando perdas na receita as quais têm como consequência o aumento dos custos para a instituição. Os registros de enfermagem são necessários para a realização das auditorias e para respaldo ético e legal perante o conselho e a justiça. Ressalta-se que a anotação de enfermagem não deve ser encarada apenas como um cumprimento de normas, passível de esquecimento. Pelo contrário, é preciso que se tenha uma noção da sua real importância e das implicações decorrentes do registro incorreto. O Centro Cirúrgico é uma unidade diferenciada, de elevada complexidade, devido às suas particularidades e características. Em virtude disso, possui equipamentos de alta tecnologia e necessita de profissionais qualificados. O cenário da saúde está em constante evolução e o Centro Cirúrgico é uma das unidades que se atualiza permanentemente nos aspectos técnicos e operacionais para dispor de um atendimento de qualidade. Vale ressaltar que as novas tecnologias trazem ao profissional enfermeiro novos desafios em seu processo de trabalho, já que todas essas evoluções exigem desenvolvimento de novas habilidades e aperfeiçoamento progressivo e contínuo. Com a evolução do cenário epidemiológico nacional e o crescente desenvolvimento técnico-científico, paralelamente à competitividade entre as instituições hospitalares, os serviços de saúde passaram a oferecer tratamentos cada vez mais dispendiosos, gerando preocupação desses prestadores em otimizar seus custos, minimizar as perdas e avaliar a assistência. Nesse contexto, a auditoria de enfermagem trabalha ativamente na busca de melhorias dos processos e na redução de custos. Os custos hospitalares têm aumentado consideravelmente de ano a ano devido à complexidade de tratamentos e procedimentos realizados, agregada ao alto valor dos materiais e medicamentos modernos da área cirúrgica. E a falta de controle dos gastos e dos recursos utilizados em cirurgia tem contribuído para o aumento de custos dos procedimentos. Nesse cenário, a auditoria em contas hospitalares possibilita uma análise precisa das cobranças e facilita a informação efetiva dos dados apresentados. Assim, o enfermeiro emerge como um profissional que tem competência para atuar no processo da auditoria dos registros do Centro Cirúrgico. Sobre o processo de atenção à saúde, os registros das atividades realizadas constituem um dos instrumentos efetivos para a comunicação e o planejamento dos serviços prestados ao cliente. Todos os medicamentos e materiais utilizados em cirurgia precisam ser devidamente preenchidos e checados com

início e término, sendo que nas instituições em que ainda não utilizam checagem digital, o registro deve ser feito de forma legível com suas respectivas quantidades, compatíveis com as folhas descritivas. É necessário também controlar o uso adequado dos materiais evitando assim o desperdício, principalmente de OPMEs. Devido à não ocorrência desses débitos corretos, constata-se um alto índice de glosas, provenientes de falhas nas anotações de enfermagem, principalmente em materiais e medicamentos, o que acarreta uma grande perda para a instituição. Tudo deve estar devidamente preenchido e checado para que não haja erro no fechamento da conta hospitalar. A maioria dos registros indevidos são oriundos de ilegibilidade, informações incompletas, erros de ortografia, falta de checagem e de justificativas. O não registro ou o registro indevido geram perdas. Assim, anotações incompletas desproporcionam subsídios para a análise da auditoria de enfermagem interferindo diretamente na qualidade do serviço prestado. No cotidiano, a enfermagem desempenha suas atividades de maneira organizada mas, faltando sistematização destas atividades, a continuidade da assistência ficam prejudicadas. As falhas ocorridas por falta de registros acabam elevando as glosas e acarretando de forma expressiva as despesas da instituição e a auditoria pode desempenhar um papel proativo importante nesse aspecto. E essas falhas também podem ser causadas pelo quantitativo de recursos humanos, que pode influenciar na ocorrência de falhas nos registros, visto que, nesse cenário a equipe prioriza a assistência ao invés dos registros, por não haver tempo suficiente para desempenhar ambas tarefas. Para viabilizar a assistência de enfermagem é necessário ter uma estrutura de recursos humanos em quantidade, composição e distribuição adequada. Se não houver previsão suficiente de recursos humanos não há qualidade segura da assistência ao cliente. Isso garante a avaliação da qualidade do material e evita desperdícios dentro do Centro Cirúrgico e equívocos de uso o que geram as glosas e possíveis prejuízos à instituição. Também compete à equipe de enfermagem zelar por seus indicadores de infecção hospitalar dentre outros que garanta a seguridade do ato que o médico está realizando. Porém os controles não são finalizados com o ato cirúrgico. Cada material especial possui critérios para a utilização e por ser um material caro e oneroso para as operadoras, estas impõem aos prestadores algumas burocracias para o pagamento. Cuidar para que as embalagens e selos não sejam dispensados no lixo, pois possuem nestes os números de identificação e rastreabilidade que são fundamentais para as operadoras, SUS e agências reguladoras e porque não incluir também a instituição hospitalar visto que uma vez o procedimento foi realizado nela e terá que manter os arquivos para evitar problemas a longo prazo. Além disso devemos ter uma descrição cirúrgica feita pelo cirurgião que descreva item a item utilizado durante o procedimento. A auditoria terá o papel de avaliação da autenticidade das documentações e lançamentos o que posteriormente irá gerar a cobrança da operadora. Os registros das atividades realizadas constituem um dos instrumentos efetivos para a comunicação e o planejamento dos serviços prestados ao cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro vem assumindo um novo papel com novas oportunidades no sistema relacionado à administração de serviços de saúde. Esta é uma realidade em se tratando de hospitais. Com isso surge a necessidade da aquisição de conhecimentos. O perfil profissional do enfermeiro auditor pode ser verificado por meio das ações diretas esperadas dele visando sempre a qualidade da assistência, a segurança do paciente, eficiência operacional, a redução do desperdício, a eliminação do risco de glosas/ atrasos no faturamento entre outros. Quando compartilhamos a responsabilidade de um ato (neste caso OPME), estamos evoluindo a instituição a uma gestão participativa nos lucros/receitas e tornando as equipes conscientes de seu fundamental papel no ressarcimento de seus serviços prestados. Mesmo assim, pudemos perceber que os enfermeiros auditores enfrentam desafios como má qualidade dos registros e anotações incompletas da equipe multiprofissional, que não proporcionam subsídios adequados para o faturamento das contas cirúrgicas. As instituições de saúde, de modo geral, buscam a qualidade nos serviços prestados, sem perder o foco da sustentabilidade, pois lidam com um pensamento empresarial, requerendo associar baixos custos com a concorrência e excelência no atendimento prestado. Nesse cenário, destaca-se a importância do papel do auditor de enfermagem, na diminuição dos custos e na busca por melhores resultados para as instituições hospitalares e para os usuários de seus serviços. Desta forma, a auditoria é uma tendência de mercado, sendo um ramo em ascensão com vertentes de enfoques diversos, como auditor de contas, qualidade da assistência na pesquisa e processos. A valorização do enfermeiro auditor é uma realidade nas instituições hospitalares que buscam neste profissional a consolidação do atendimento prestado por suas equipes.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.T; et al. Auditoria em enfermagem: práticas educativas no ambiente hospitalar. Disponível em http//www.universidadeunimed.com.br. Acesso em 20 de abril de 2019.

ATTIE,W.Auditoria:conceitos e aplicações.São Paulo:Atlas,1998.

BICHANGA,C.A;BULL,M.H.Gerenciamento de custos através de avaliações de cobranças e sua efetividade. 7° ENFTEC,Anais,São Paulo,2000.

BORK,A.M.Enfermagem de excelência:da visão à ação.Rio de Janeiro.Guanabara Koogan, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM.Resolução COFEN 266/2001.Aprova as atividades de Enfermeiro Auditor.Disponível em http//www.cfen.org.br/legislacoes. Acesso em 22 de abril de 2019.

GALVÃO,C.R.Estudo do papel da auditoria de enfermagem para redução de desperdícios de materiais e medicamentos.Mundo Saúde,v.26,n.2,abr/jun,2002.

JUNQUEIRA,W.N.Auditoria médica em perspectiva:presente,futuro de uma especialidade.Criciúma:O Autor,2001.

MOTA,A.L.C.Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento.São Paulo.Iátria,2003.

SCARPAZO,A.F.Auditoria em enfermagem:revisão de literatura.Nursing,v.80.n.8,São Paulo,janeiro,2005.

SOBEAS-Sociedade Brasileira de Enfermeiros Auditores em Saúde. Disponível em http//www.sobeas.org.br.Acesso em 18 de abril de 2019.São Paulo:EPU;1991.p.215-222.

SOUZA,M.P.Auditoria em saúde.Nursing,Ed.brasileira,São Paulo,v.43,n.4,dez/2001

PEREIRA L.L.,TAKAHASHI,R.T.Auditoria em enfermagem,IN:Kurcgant P.Administração em enfermagem.São Paulo:EPU.7°reimpressão 2005.cap.17,p.215

ARANTES S.C,HELITO R.A.B.,SILVA,L.R.Auditoria de enfermagem em contas hospitalares. In:D'Innocenzo M.Indicadores, auditorias, certificações:ferramentas de qualidade para gestão em saúde.2° ed.São Paulo:Martinari;2010.p.127-133.

Conselho Federal de Enfermagem (BR).Resolução COFEN N°543/2017,de 18 de abril de 2017.Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília (DF):COFEN;2017.

CAMELO S.H.H.et al.Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde:uma revisão da literatura.Revista eletrônica de Enf.2009;11(4):1018-25.

CAMELO,T.V:JUNIOR,O.C.S.Tratamento do Tema Auditoria de Enfermagem em Base Eletrônica de Dados.Revista Meio Ambiente Saúde,Minas Gerias,v.11,n.1,p,7-12,2006.

CAPÍTULO 2

A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA EM ENFERMAGEM PARA AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Data de aceite: 04/07/2022
Data de submissão: 07/06/2022

Adelina Ferreira Gonçalves
HUMAP - UFMS/EBSERH
Campo Grande - MS
http://lattes.cnpq.br/9577913660083583

Eline Aparecida Vendas Righetti
HUMAP - UFMS/EBSERH
Campo Grande - MS
http://lattes.cnpq.br/4400303197935631

Sabrina Ferreira Furtado Magrin
HUMAP - UFMS/EBSERH
Campo Grande - MS
http://lattes.cnpq.br/6238448762605164

RESUMO: A auditoria em saúde é caracterizada como uma referência para a avaliação da relação custo-benefício na Sistematização de Assistência de Enfermagem, e representa importante instrumento de controle de qualidade da assistência prestada. O objetivo deste estudo é identificar, na literatura, a importância da auditoria na enfermagem e sua contribuição para melhorar a qualidade do serviço em saúde. Foi realizada uma revisão de literatura, tendo, como método, o estudo descritivo. Considerou-se o período entre 2015 e 2022, selecionando-se 8 textos em língua portuguesa, originais e de revisão. Os resultados mostraram que a auditoria de enfermagem é uma ferramenta para avaliar a qualidade dos serviços de enfermagem recebidos pelos pacientes, pois permite elevar a qualidade da formação ensino-assistencial e a competência da equipe de enfermagem. As auditorias permitem que as equipes multidisciplinares revisem criticamente as práticas de enfermagem, identifiquem fragilidades, alcancem planos de melhoria com vistas à acreditação em suas diferentes categorias, promovam o uso necessário de protocolos e intervenções educativas com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Instituições de saúde. Auditoria de enfermagem. Qualidade da assistência em saúde.

THE IMPORTANCE OF THE NURSING AUDIT FOR HEALTH INSTITUTIONS

ABSTRACT: The health audit is characterized as a reference for the evaluation of the cost-benefit ratio in the Systematization of Nursing Care and represents an important instrument for quality control of the care provided. The reason for this study is to identify, in the literature, the role of auditing in nursing and its contribution to improving the quality of health services. A literature review was carried out, using the descriptive study as a method. The period between 2015 and 2022 was considered, selecting 8 texts in Portuguese, original and review. The results showed that the nursing audit is a tool to assess the quality of nursing services received by patients, as it allows raising the quality of teaching-care training and the competence of the nursing team. Audits allow multidisciplinary teams to critically review nursing practices, identify weaknesses, reach improvement plans with a view to accreditation in their different categories, promote the necessary

use of educational protocols and interventions with the aim of improving the quality of care provided to patients.

KEYWORDS: Health institutions. Nursing audit. Quality of health care.

1 I INTRODUÇÃO

A auditoria em saúde (AS) inclui um processo de avaliação realizado por profissionais de saúde, com base nos dados fornecidos pela história clínica para fins específicos. Essas finalidades específicas podem ser avaliação da qualidade, educação continuada, correção de erros, valorização e otimização de custos, mensuração da participação e responsabilidade profissional e, finalmente, para fins de perícia médica legal (FABRO et al., 2020).

Portanto, a auditoria em saúde tem sua função específica como parte importante do sistema de saúde por meio da realização de procedimentos técnicos, avaliativos e preventivos, pautando suas atividades nos componentes de estrutura, processo e resultado, onde se encontra o arquivo clínico. a peça fundamental dentro do referido processo. Além disso, é estabelecida sua responsabilidade em emanar medidas corretivas ou melhorias contínuas visando a qualidade da assistência.

Vale comentar que, em nosso país, a enfermagem cresceu, amadureceu e, progressivamente, tornou-se mais complexa nos últimos anos. Em grande parte, por ter assumido a tarefa de gerir projetos inovadores, com responsabilidade e convicção, graças à experiência acumulada e ao trabalho contínuo (MARTINS et al., 2017). Assim, a evolução da enfermagem como disciplina e como projeção levou ao acesso a inúmeras áreas de trabalho que, antes, não se imaginava. A auditoria se caracteriza como um procedimento técnico usado para avaliar o andamento de um trabalho, por meio dele pode-se descrever deficiências e irregularidades e propor soluções, além de ajudar a gestão a alcançar um controle contínuo e construtivo.

A auditoria de enfermagem (AE) objetiva analisar criticamente a qualidade da assistência prestada e comparar o cuidado com os padrões de cuidado e utilização de recursos pré-estabelecidos, incentivando mudanças sempre que necessário (BANDEIRA, 2015). Para a instituição, o grande benefício da auditoria é poder verificar os resultados de seus planos de ação, ou seja, se foram alcançados ou não, direcionando assim um melhor planejamento e obtendo melhor controle de custos.

Essa auditoria pode ser definida como a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem verificada mediante notas de enfermagem na história clínica do paciente e/ou nas próprias condições dele (PINTO; MELO, 2010). Atualmente, a auditoria é adotada como ferramenta de controle de custos além de controlar e avaliar a qualidade da assistência à saúde.

Diante disso, a AE é caracterizada como uma referência para a avaliação da relação

custo-benefício na Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), desafio que não pode ser esquecido, pois representa importante instrumento de controle de qualidade da assistência prestada. Como atividades complementares, a SAE e a AE consagram a própria excelência do atendimento, melhorando, dessa forma, a gestão do cuidado.

Tais argumentos definem o objetivo deste estudo, o de identificar, na literatura, a importância da auditoria na enfermagem e sua contribuição para melhorar a qualidade do serviço em saúde.

2 | OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A AUDITORIA

A AS exige um elevado grau de qualificação profissional, pois as ações realizadas na área da saúde exigem grande responsabilidade e fornecem as informações necessárias para orientar as atividades realizadas pelos auditores.

Conforme Santos e Merhy (2006), antes da criação da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) concentrava-se no capital privado e na figura do médico. Depois de sua implantação em 1988, a prioridade deve ser uma atenção primária que garanta o acesso global e equitativo aos serviços de saúde. Conforme citam esses autores, é convém conhecer as ações do Sistema Único de Saúde e, sobretudo, conhecer o papel do auditor dentro das atividades realizadas.

Segundo Camelo et al. (2009), a auditoria é essencial para garantir o direito à saúde, a ser utilizada para avaliar o teor qualitativo da prevenção, promoção e assistência à saúde. A auditoria tornou-se fundamental para avaliar a qualidade do atendimento, principalmente no SUS, colaborando na garantia do acesso do usuário, funcionando como ferramenta de gestão e auxiliando na utilização dos recursos.

A auditoria em saúde inclui um processo de avaliação realizado por profissionais de saúde, com base nos dados fornecidos pela história clínica para fins específicos. Essas finalidades específicas podem ser avaliação da qualidade, educação continuada, correção de erros, valorização e otimização de custos, mensuração da participação e responsabilidade profissional e, finalmente, para fins de perícia médica legal (LANA et al., 2018; SILVA et al., 2019).

Portanto, a AS tem sua função específica como parte importante do sistema de saúde por meio da realização de procedimentos técnicos, avaliativos e preventivos, pautando suas atividades nos componentes de estrutura, processo e resultado, onde se encontra o arquivo clínico. a peça fundamental dentro do referido processo (ALMEIDA et al., 2018). Loureiro et al. (2018) comentam que, além disso, é estabelecida sua responsabilidade em emanar medidas corretivas ou melhorias contínuas visando a qualidade da assistência.

O aumento de denúncias no setor da saúde por negligência ou malversação e outros tem gerado a necessidade de implementação no país, nas instituições de saúde, especialmente na enfermagem. Convém ressaltar que a auditoria tem como objetivo avaliar

a qualidade da assistência prestada aos pacientes e desenvolver programas e estratégias para atingir esse fim.

Convém observar que a importância da auditoria reside no fato de que sua execução pode contribuir para melhorar os pontos fracos e fortalecer os pontos fortes da organização. Por meio da melhoria contínua, pode-se aumentar a produtividade e a competitividade no mercado em que a instituição está inserida. Da mesma forma, as instituições devem analisar os processos que são utilizados para poder corrigir os inconvenientes e, assim, crescer como organização.

Essa situação, conforme Kurcgant (2016), deve-se ao fato de os utentes sentirem que as suas necessidades de saúde não estão cobertas, pelo que é necessário estabelecer soluções para tal, uma relacionada com a caracterização dos fatores que não estão a garantir uma assistência de saúde de qualidade e, em segundo lugar, uma referente à identificação de as causas dos problemas apresentados pelo atual sistema de saúde colombiano, uma vez que se percebe que o sistema de saúde tem sistemas de informação fracos dentro das instituições e faltam ferramentas para mensurar os serviços de saúde em termos de qualidade, pontualidade e satisfação do usuário.

3 | ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A enfermagem ocupa lugar de destaque dentro dos serviços de saúde. Sua importância está no cuidado com a saúde do indivíduo e da sociedade, com as qualidades e virtudes morais de quem a exerce e com a natureza sagrada da vida humana que é colocada em suas mãos. Assim como outras profissões, a enfermagem estabeleceu seu *ethos* por meio de códigos de ética baseados nas convenções de Genebra, na Cruz Vermelha, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Organização Internacional do Trabalho e no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (SEGATELI; CASTANHEIRA, 2015).

A autonomia da enfermagem é um conceito de interesse para enfermeiros assistenciais e administradores de enfermagem e demais lideranças. À medida que os enfermeiros se profissionalizaram em todo o mundo, a autonomia na prática para aplicar um único corpo de conhecimento disciplinar tem sido visto como um importante indicador de que a enfermagem é de fato uma profissão notável no mundo. A autonomia tem sido relacionada à qualidade de vida dos enfermeiros, satisfação no trabalho, ambientes positivos de prática profissional e percepções da qualidade do cuidado (SOUZA et al., 2022).

No que compete ao atendimento em saúde, o enfermeiro é o profissional habilitado para realizar e executar as ações de auditoria, pois está diretamente ligado ao atendimento ao paciente. Esse profissional ao realizar suas atividades de auditoria, deve procurar reduzir custos, evitar desperdícios e garantir atendimento de qualidade.

O vocábulo auditoria originou-se da palavra latina *audire audit*, que significa ouvir. Entretanto, também pode ser explicado pelo termo *audit*, de origem inglesa, que significa examinar, corrigir, assegurar (COSTA et al., 2004). Nesse sentido, Pinto e Melo (2010) definem uma auditoria como uma avaliação formal e sistemática de uma atividade e que indica se essa atividade está sendo realizada dentro dos objetivos propostos. Embora a auditoria seja utilizada por diversas profissões, dentre elas podemos citar a enfermagem, que é uma parte da contabilidade que visa avaliar a eficácia e a eficiência do serviço, bem como o controle patrimonial (REMOR, 2008; VIANA et al., 2016).

Conforme explicitado por Souza et al. (2021, p. 5),

> [...] com a AE é possível realizar o apontamento de falhas e problemáticas do processo de trabalho, bem como a proposição de medidas corretivas e preventivas, de modo a admitir uma peculiaridade educacional, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada, com o controle da eficiência e da eficácia dos programas em desenvolvimento.

É interessante pontuar que a AE é o conjunto de métodos e procedimentos necessários para avaliar o nível de eficiência e qualidade da assistência aplicada a fim de detectar deficiências no Processo de Assistência de Enfermagem (PAE) para as quais são necessárias evidências para a proposição de ações corretivas.

Vale lembrar, por outro lado, que os sistemas de auditoria são ferramentas administrativas de avaliação e verificação da adesão, bem como da qualidade da assistência prestada ao paciente/usuário. Esses sistemas não se concentram apenas em identificar erros, mas em conseguir corrigi-los, melhorar a qualidade da assistência prestada e as formas corretas de registrar adequadamente as atividades da profissão.

4 I SERVIÇOS DE ENFERMAGEM E AUDITORIA

É fato que a qualidade na prestação dos serviços de saúde é uma preocupação fundamental no âmbito da gestão dos Serviços de Enfermagem, em primeiro lugar para efeitos de melhoria das capacidades das instituições e unidades, e em segundo lugar, e sobretudo, porque o que está em causa é a saúde dos pacientes, que deve ser promovida e protegida como obrigação primordial do Estado. A gestão da qualidade envolve o monitoramento permanente de estruturas, processos e resultados, de modo que a equipe de enfermagem que exerce função gerencial exija o uso adequado de todas as suas faculdades e habilidades intelectuais (COSTA et al., 2004).

Por esse motivo, pode-se afirmar que a auditoria de enfermagem proporciona benefícios como controle administrativo para conhecer a assistência prestada em determinado serviço, realizando ações preventivas, melhorias corretivas e treinamentos, controle de custos, otimização na utilização de recursos físicos e humanos. A AE, segundo Remor (2008, p. 73), é “o processo pelo qual se realiza uma avaliação das atividades desempenhadas pela enfermagem”, usufruindo de uma rigorosa investigação da qualidade

da assistência de enfermagem prestada aos pacientes. Para Scarparo e Ferraz (2008, p. 303), ao auditar a pesquisa de enfermagem, supervisionar “o processo administrativo estabelecendo uma relação entre os objetivos estabelecidos e os resultados obtidos e assistenciais”.

De acordo com Camelo et al. (2009, p. 6), o enfermeiro auditor

> [...] atua em diversos setores dos serviços de saúde, e o caráter abrangente das funções exercidas por ele garante sua atuação em sugerir ajustes contratuais nas formas de adendos e/ou protocolos no sentido de coibir divergências, rotinas organizacionais e subsidiar a educação continuada com o cerne na prestação de serviços de qualidade e controle de perdas econômicas.

Corroborando com essa afirmação, Souza et al. (2022, p. 11) observam que o enfermeiro auditor

> [...] deve ter conhecimento sobre as necessidades dos pacientes de forma que venha lhes oferecer um serviço eficaz e de qualidade. O enfermeiro auditor tem uma visão holística em todas as fases do cuidado, e promove a empresa financeiramente através de levantamento dos custos assistenciais e planejamento par a atingir metas gerenciais para custear decisões da direção da empresa.

Silva, Rodrigues e Pires (2016) destacam que a auditoria em enfermagem desempenha uma função administrativa mediante conferência e controle da conta de faturamento do hospital, controles planejados, procedimentos e a promoção da melhoria da qualidade do serviço de enfermagem proporcionado pela evolução dos registros de enfermagem.

Monteiro e de Paula (2020, p. 83) asseveram que a aplicação da auditoria

> [...] no processo da assistência possibilita o desenvolvimento de indicadores de assistência, estabelecimento de critérios de avaliação e geração de conhecimentos para a Enfermagem, proporcionando benefícios para o paciente, que poderá ser assistido com serviços de qualidade e eficácia; para a equipe de enfermagem, com maior disponibilidade de acesso às informações e ações educativas, permitindo reflexão profissional, medida que contribuirá diretamente para a melhoria na gestão de serviços e na gestão hospitalar.

Saber sobre a prática da AE pode melhorar o uso de materiais e recursos físicos disponíveis em saúde, desenvolvimento pessoal e execução de técnicas de trabalho e rentáveis para quem faz uso dos serviços de saúde. Quando utilizada como processo educativo, segundo Pinto e Melo (2010), a auditoria auxilia na gestão e na execução da qualidade na assistência.

No Brasil, a auditoria de enfermagem surgiu na década de 1970. E, em 2001, foi aprovada pela Resolução 266/01 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2001).

5 | MATERIAIS E MÉTODOS

Para atingir o objetivo proposto realizou-se uma revisão de literatura, utilizando-se um estudo descritivo um estudo descritivo (MINAYO, 2015), distribuída em fases, como: a busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, a análise crítica dos dados, discussão dos resultados.

O período entre 2015 e 2022 foi considerado, com textos em língua portuguesa, originais e de revisão, com metodologia de abordagem quantitativa e qualitativa. Dos quinze artigos selecionados, que corresponderam aos critérios de inclusão, 35% foram encontrados em SciELO e os outros 65 % em LILACS, Medline, Redalyc e outros. Todos os estudos (100%) foram publicados nos últimos sete anos e escritos em português.

Dos 35 artigos selecionados, apenas 15 atenderam aos critérios de inclusão, ou seja, abordam a atuação e a prática do enfermeiro auditor para melhorar a qualidade de seus serviços. Entre esses 15, foram considerados 8 artigos. A análise do material investigado nas bases da biblioteca virtual SciELO, LILACS, Medline, Redalyc e outras bases de dados mostrou que há publicações entre os anos de 2016 e 2022, referentes à atuação e à prática do enfermeiro auditor para melhorar a qualidade do trabalho em saúde. É visível que os jornais, autores e resultados de todas essas publicações contribuíram com esse recorte de pesquisa.

6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento dos periódicos no período delimitado nos permitiu a identificação de 08 artigos utilizados como índice amostral do estudo. Nesse viés, fez-se a leitura compreensiva dos textos selecionados, com o intuito de facilitar o processo de discussão dos resultados da investigação.

Título	Autores	Periódico	Resultados
Auditoria de enfermagem, avaliação em saúde, qualidade da assistência em saúde, papel do profissional de enfermagem	SOUZA et al. (2020)	Development Journal	"Foram encontrados no primeiro momento 3 artigos, após prorrogar o ano encontramos um total previamente avaliados 640 artigos relacionado a temática, com filtro 57 artigos e após leitura dos mesmos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão 05 dos estudos analisados que descrevem as principais alterações relacionadas com a qualidade assistencial onde o planejamento e a organização do setor e trabalho em equipe é de responsabilidade do profissional enfermeiro, onde acarreta uma maior atenção a todo e qualquer registro, visando a melhor qualidade no serviço prestado, um ambiente harmônico e redução de gastos".
Auditoria de Enfermagem: um instrumento para avaliar a qualidade da prescrição de enfermagem	FERREIRA, Kuan (2017)	Faculdade de Macapá	"Os estudos indicam que a auditoria de enfermagem constitui um objeto importante para controle de qualidade em serviços de saúde, em especial, as prescrições de enfermagem, e uma forte aliada na gestão em saúde".
Ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial	SILVA, Karla Rona da; LIMA, Marina Dayrell de Oliveira; SOUSA, Marco Aurélio de (2016)	Revista Eletrônica Gestão e Saúde	"Nossos resultados originaram as seguintes categorias temáticas: Auditoria: alguns apontamentos, Gestão da qualidade: uma competência do Enfermeiro Auditor e, A relevância da comunicação nos processos de auditoria".
A Importância das Anotações de Enfermagem para a Auditoria em Saúde	TAVARES, Sheila de Souza (2020)	Revista multidisciplinar e de psicologia	"Na auditoria a atuação do enfermeiro tem revelado a busca de uma assistência registrada e organizada, bem como um atendimento com qualidade, apresentados nos registros fidedignamente e sem omissões".
A importância do Enfermeiro auditor nas instituições hospitalares	TIBURCIO, Aline Pereira Nunes.; SOUSA, Luiza Araújo Amâncio.; SANTOS, Renata Ferreira dos (2019)	Revista Psicologia e Saúde em Debate	"As habilidades técnicas são quesitos primordiais para que o profissional enfermeiro auditor possa desenvolver em instituições hospitalares um serviço de qualidade, primando pelo aprimoramento administrativo nos processos de ganhos e perdas e, consequentemente, na melhoria da assistência fornecida ao paciente".

O papel do enfermeiro frente à auditoria hospitalar	OLIVEIRA, N.J.; CARDOSO, K.E (2017)	Revista Adm. Saúde.	"Foram selecionados 22 artigos para o desenvolvimento deste estudo. De acordo com a pesquisa realizada, foram criadas as categorias: Papel do enfermeiro em auditoria hospitalar. Objetivos e aplicabilidade da auditoria em saúde. Principais erros encontrados nas prescrições de enfermagem".
O Papel do Enfermeiro na Auditoria Hospitalar	BONFIM, G.S. (2020)	Rev. Mult. Psic. -	"A auditoria está ligada ao controle de qualidade, seja qualidade total, acreditação hospitalar, ou qualquer qualidade que obtenha uma assistência digna e com reconhecimento ao paciente".
Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária. Cuidado Enfermagem.	FABRO et al. (2020)	Rev. Cuidado de Enf.	"A auditoria compõe os processos administrativos para analisar as conformidades dos dados referentes aos serviços prestados, tornando-se um instrumento que auxilia no planejamento e implementação de ações que visem a melhoria de processos com potencial aplicabilidade aos processos educativos da equipe".

Quadro 01: Artigos selecionados

Tibúrcio, Souza e Santos (2919) consideram que o auditor deve ser honesto, preservar seus valores acima das pressões externas. Deve, ainda, ser confiável no manuseio das informações que audita e estar ciente de suas obrigações para com a instituição à qual presta seus serviços. Esses autores acentuam que o auditor deve primar "pelo aprimoramento administrativo nos processos de ganhos e perdas e, consequentemente, na melhoria da assistência fornecida ao paciente" (p. 53). Tavares (2020) acrescenta que o objetivo da auditoria é apoiar e orientar os membros da organização no desempenho de suas atividades, fazer análises, avaliações, recomendações, conselhos e fornecer informações sobre as atividades em análise.

A AE auxilia as equipes multidisciplinares a realizar uma revisão crítica das práticas de enfermagem, atualizando procedimentos, técnicas diagnóstico-terapêuticas, e promove a utilização de protocolos e intervenções educativas para melhorar a qualidade da assistência prestada aos seus pacientes (FERREIRA, 2017; SILVA; LIMA, SOUSA, 2016).

Bonfim (2020), Oliveira e Cardoso (2017) pontuam que a aplicação prática dos conhecimentos descritos no referido regulamento permite um exercício eficiente da profissão, ao possibilitar, de forma organizada, o cumprimento dos invariantes funcionais iniciais e finais de cada procedimento que incluem os aspectos éticos, estéticos que favorece o cuidado holístico do paciente, a qualidade dos serviços prestados e facilita a avaliação do auditor de enfermagem. Bonfim (2020) pontua que uma boa auditoria está aliada ao controle de qualidade, visando conduzir a uma assistência digna.

O contexto para cada situação deve ser levado em consideração e as respostas devem ser individualizadas de acordo com princípios éticos universais tanto na esfera

biomédica quanto social, o que permite um espaço ideal para deliberação e posterior consenso da equipe de auditoria, deve ser obrigatório ser treinado do ponto de vista ético, que reforça o dever moral de analisar, avaliar, transformar os aspectos negativos na busca pela excelência dos serviços de enfermagem (SOUZA et al., 2022). Segundo esses autores, o serviço de auditoria visa a melhor qualidade no serviço ofertado, um ambiente harmônico e, ainda, contribui com a redução de gastos.

Para Fabro et al. (2020), a medição sistemática e planejada por meio de auditorias de indicadores de qualidade representa um dos aspectos mais importantes que podem ser realizados em programas de gestão da qualidade. Sua prática exige primeiro definir quais indicadores serão monitorados e, depois, como serão medidos, ou seja, qual será o plano e a metodologia e interpretação das auditorias.

Os resultados mostraram que as auditorias permitem que as equipes multidisciplinares revisem criticamente as práticas de enfermagem, identifiquem fragilidades, alcancem planos de melhoria com vistas à acreditação em suas diferentes categorias, promovam o uso necessário de protocolos e intervenções educativas objetivando melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes (ZAHEYA; MAAITAH; HANI, 2018).

7 | CONCLUSÃO

O estudo esclareceu que a AE constitui uma ferramenta para avaliar a qualidade dos serviços, aumentar a capacitação do cuidado docente e a competência da equipe de enfermagem. Dessa forma, o auditor de enfermagem deve respeitar os valores éticos, ser imparcial, além de manter o equilíbrio em benefício da organização auditada. É preciso ser treinado, conhecer os princípios, resoluções e normas éticas para assumir seu papel com qualidade. Sua atuação serve de guia para o exercício honesto de seu trabalho profissional.

As auditorias permitem que as equipes multidisciplinares revisem criticamente as práticas de enfermagem, identifiquem fragilidades, alcancem planos de melhoria com vistas à acreditação em suas diferentes categorias, promovam o uso necessário de protocolos e intervenções educativas com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ofertado aos pacientes.

Em geral, uma Auditoria mostra detalhadamente os processos para prevenir o aparecimento de erros e reduzir os custos da não qualidade, ajuda a otimizar, garantir e reduzir a variabilidade de processos e atividades que não agregam valor e visa a melhoria contínua. Além disso, aumenta o controle sobre a atividade que é realizada, pois há registros de tudo, permitindo realizar um acompanhamento e análise de problemas e falar sobre dados reais com medidas controladas.

Ficou demonstrado, ainda, que o auditor de enfermagem deve respeitar os mais altos valores éticos, ser imparcial, manter o equilíbrio em benefício da organização auditora. Ele deve ser treinado, conhecer os princípios, resoluções e normas éticas para assumir

seu papel com qualidade. Os autores estudados destacaram, também, que o processo de trabalho do enfermeiro auditor em diferentes campos de atuação: auditoria interna e externa no serviço privado e auditoria no serviço público.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H.O.C; SOUSA, A.S; ARAÚJO, R.S.S; GÓIS, R.M.O; FIGUEIREDO, I.H.M. Auditoria em enfermagem: A importância das anotações de enfermagem no controle das glosas hospitalares. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. Aracaju, v. 5, n. 1, p. 25-38, out. 2018.

BANDEIRA RP. O papel do enfermeiro na auditoria hospitalar. **Rev. Enferm. REBES**., Pombal. 2015 Out; 5(4): 11-16.

BONFIM, GS. O Papel do Enfermeiro na Auditoria Hospitalar. **Id on Line Rev.Mult.Psic**, out/2020, v.14, n.52, p. 558-563.

CAMELO SHH, PINHEIRO A, CAMPOS D, OLIVEIRA TL. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(4):1018-25. Disponível: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a28.htm.

COFEN. Resolução 266, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre as atividades do enfermeiro auditor. Brasília; 2001. Disponível em: http://www.novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2662001_4303.html.

COSTA MS, FORTE BP, ALVES MDS, VIANA JF, ORIÁ MOB. Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. **Rev Bras Enferm**. 2004;4(57):497-9.

FABRO, G.C.R.; CHAVES, L.D.P.; TEIXEIRA, K.R.; FIGUEIREDO, M.F.; MAURIN, V.P.; GLERIANO, J.S. Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária. **Cuidado Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 147-155. Ago 2020.

FERREIRA, Luan Patrick dos. **Auditoria de Enfermagem**: um instrumento para avaliar a qualidade da prescrição de enfermagem. 2017. 26 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em enfermagem – Faculdade de Macapá, Macapá, 2017.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

LANA, D.L. et al. Auditoria em organizações prestadoras de serviço: uma estratégia de gestão econômica. **Rev. Adm. Saú.** S. Paulo, v. 14, n. 56, p. 103-108. Set. 2018.

LOUREIRO, L.H. et al. Como a auditoria de enfermagem podem influenciar na qualidade assistencial. **Rev. Práxis**. Campina Grande, v. 10, n. 19, p. 23- 31. 2018.

MARTINS, AMJ et al. Auditoria de Enfermagem na Qualidade da Assistência à Saúde Pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v. 04, n.1, p.96-113, 2017.

MINAYO, M.C.S.O. **Desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. SãoPaulo: Hucitec, 2015.

MONTEIRO, Magali Beatris da Silva; DE PAULA, Maria Angela Boccara. Auditoria e a prática do enfermeiro auditor: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. gest. sist. saúde**., São Paulo, 9(1), 2020, 71-93. https://doi.org/10.5585/rgss.v9i1.15909.

OLIVEIRA, N.J.; CARDOSO, K.E. O papel do enfermeiro frente à auditoria hospitalar. **Rev. Adm. Saúde** Vol. 17, Nº 68, jul. – set. 2017.

PINTO, Karina Araújo; MELO, María Meira. La enfermera de la práctica de auditoría en salud. **Revista USP escuela de enfermería**. Sao Paulo, vol.44, no. 3 set. 2010.

REMOR, Costa de Lourdes. Auditoría SUS en Santa Catarina. **Journal of Public Health**. Santa Catarina, Forianópolis: la versión 1, n.1, p.71-83. Ene / jun.2008.

SANTOS, F. P; MERHY, E. E. A Regulação Pública da Saúde no Estado Brasileiro – Uma Revisão. **Revista Interface - Comunic, Saúde, Educ,** v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006.

SCARPARO AF, FERRAZ CA. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Rev Bras Enferm**. 2008;61(3):302-305.

SEGATELI, Taísa Naila.; CASTANHEIRA, Nelson. A atuação do profissional enfermeiro na auditoria em saúde. **Rev de saúde e desenvolv**. v.7, n.4, 2015.

SILVA, Karla Ronada.; LIMA, Marina Dayrell de Oliveira.; SOUSA, Marco Aurélio de. Auditoria: ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial. **Rev. Gest.Saúde** (Brasília). v.07, n. 02, p. 793-10, 2016.

SILVA, A.I; RODRIGUES, J.D; PIRES, M.A. O papel do enfermeiro na auditoria de enfermagem. **Rev. Ciência e Sociedade.** São Paulo, v. 1, n. 1, p. 24-31. 2016.

SILVA, V.A; MOTA, R.S; OLIVEIRA, L.S & MAGALHÃES, L.G.S. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em seus prontuários em um hospital universitário. **Enfermagem em Foco.** Salvador, v. 10 n. 3 p. 28-33. Jul 2019.

SOUZA JFD, Santos CM, Silva ALNV, Oliveira LD, Almeida WA. A importância da auditoria de enfermagem na revisão de contas hospitalares da saúde suplementar. **Glob Acad Nurs.** 2021;2(3):e157.

SOUZA, Aline Gomes Silva de; FEITOSA, AKB & PEREIRA, Zila Aparecida Soares. Auditoria de enfermagem, avaliação em saúde, qualidade da assistência em saúde, papel do profissional de enfermagem. **Brazilian Journal Development,** v 8, n. 3 (2022), 2. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/45010/0

TAVARES, Sheila de Souza. A importância das anotações de Enfermagem para a auditoria em saúde. **Rev multidisciplinar e de psicologia**. v.14, n.49, p.677-685, 2020.

TIBURCIO, APN.; SOUSA, LAA; SANTOS, RF dos. A importância do Enfermeiro auditor nas instituições hospitalares. **Psicol e saúde em debate**. v.5, n.1, p.50-59, 2019.

VIANA, C. D. et.al. Implantação da auditoria concorrente de Enfermagem: Um relato de experiência. **Texto e Contexto**- Enfermagem. v.25, n.1, p.96-113, 2016.

ZAHEYA, L; MAAITAH, R; HANI, S. Quality of nursing documentation: Paper basedhealth records versus electronic based health records. **Rev. Journal of clinical nursing**. Estados Unidos, v. 27, n. 3-4, p. 578- 589. 2018.

CAPÍTULO 3

A IMPORTÂNCIA DO PLANEAMENTO NA GESTÃO EM ENFERMAGEM DE SERVIÇOS HOSPITALARES: UMA *SCOPING REVIEW*

Data de aceite: 04/07/2022
Data de submissão: 10/05/2022

Catarina Raquel Ferreira Porfírio
Hospital Pedro Hispano
Porto, Portugal
https://orcid.org/0000-0003-1119-6013

Maria Manuela da Silva Martins
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Porto, Portugal
https://orcid.org/0000-0003-1527-9940

Narcisa Gonçalves
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Porto, Portugal
https://orcid.org/0000-0002-2404-285

Margarida Ferreira Pires
Administração Regional de Saúde LVT
Torres Vedras, Portugal
https://orcid.org/0000-0001-6254-5610

Regina Maria Pires
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Porto, Portugal
https://orcid.org/0000-0003-1610-7091

RESUMO: O planeamento permite que os gestores identifiquem e selecionem os objetivos e desencadeiem as ações para atingir os mesmos, preparando-se para o futuro e aumentando a probabilidade de sucesso. O enfermeiro gestor tem um papel importante na elaboração do planeamento, operacionalização e avaliação deste atingindo os objetivos esperados para o serviço e instituição. Objetivo: Mapear o conhecimento sobre a importância do planeamento na gestão em enfermagem de serviços hospitalares. Metodologia: A metodologia consistiu numa *scoping review* segundo orientações da *guideline Joanna Briggs Institute*. Os estudos incluídos na revisão foram escritos em língua inglesa, portuguesa ou espanhola. Os dados foram extraídos pelos investigadores, de acordo com o objetivo e questões de revisão. Por último, a síntese de dados foi apresentada em representações visuais, formato narrativo e tabelas. Resultados: Foi incluído um estudo na revisão com as estratégias de implementação a sensibilização para a importância do planeamento e levantamento das necessidades ou problemas, com o envolvimento de toda a equipe, e realização de 5 sessões para a elaboração das etapas do planeamento participativo. A avaliação foi através da análise das atividades de planeamento com a utilização da tecnologia PRAXIS®. Os dinamizadores foram a investigadora principal e o professor de gestão. Foram identificadas a missão, princípios orientadores, 4 problemas prioritários, resultados esperados, objetivos e planos de atividade. Conclusão: Esta *scoping review* constitui uma base de evidência para a reflexão da importância do planeamento na prática do enfermeiro gestor na gestão de serviços hospitalares.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Enfermeiro gestor; Planeamento; Gestão hospitalar; Hospital.

THE IMPORTANCE OF PLANNING IN HOSPITAL SERVICES NURSING MANAGEMENT: A SCOPING REVIEW

ABSTRACT: Planning allows managers to identify and select objectives and trigger actions to achieve them, preparing for the future and increasing the probability of success. The nurse manager has an important role in the planning, operation and evaluation of this, reaching the expected goals for the service and institution. Aim: To map knowledge about the importance of planning in the nursing management of hospital services. Methodology: The methodology consisted of a scoping review following guidelines from the Joanna Briggs Institute guideline. The studies included in the review were written in English, Portuguese or Spanish. Data were extracted by the investigators, according to the objective and review questions. Finally, data synthesis was presented in visual representations, narrative format and tables. Results: A study was included in the review with the implementation strategies, raising awareness of the importance of planning and surveying needs or problems, with the involvement of the entire team, and holding 5 sessions for the elaboration of the steps of participatory planning. The evaluation was through the analysis of planning activities using PRAXIS® technology. The facilitators were the principal investigator and the management professor. The mission, guiding principles, 4 priority problems, expected results, objectives and activity plans were identified. Conclusion: This scoping review constitutes an evidence base for the reflection on the importance of planning in the practice of nurse managers in the management of hospital services.
KEYWORDS: Nursing; Nurse manager; Planning; Hospital management; Hospital.

1 | INTRODUÇÃO

A Nova Gestão Pública manifestou-se em Portugal, essencialmente, a partir de 2003 com o processo de empresarialização de aproximadamente metade da rede hospitalar pública, criando desafios para o SNS com a transformação de estabelecimentos públicos em entidades públicas empresariais (EPE) (RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º41/2002), e em 2011 com a crise da dívida portuguesa no setor da saúde (MESQUITA *et al*., 2018). O movimento de Reforma e Modernização Administrativa, objetivou uma Administração Pública mais eficiente e eficaz, centrada na proximidade dos cidadãos e na melhoria dos serviços prestados, com efeitos na saúde, na adoção de novos modelos de gestão para os hospitais públicos (FREDERICO-FERREIRA; SILVA, 2012).

A organização de saúde é um sistema aberto que interage com o exterior, composto por diversas partes que interferem no alcance do objetivo comum, um processo contínuo de transformação de recursos em produtos, com feedback dos clientes e mercado (CARVALHO *et al*., 2015). As organizações começaram à procura de tecnologias de gestão que garantem o atendimento às necessidades da sociedade atual e futura (FERNANDES, 2012). O planeamento estratégico tornou-se numa ferramenta de grande valia, de acordo com as informações recolhidas e utilizadas na elaboração do pensamento estratégico, consiste numa forma de preparação para o futuro e de influenciar na construção do futuro, mas não

constrói o futuro, preparando a organização para enfrentar os desafios, os competidores e aproveitando as oportunidades do mercado que vão surgindo (FERNANDES, 2012). A aplicação do planeamento estratégico pode levar a organização a atingir patamares excelentes de gestão, no sentido em que terá condições de movimentação, antecipação, ao verificar a elaboração do cenário, e obter uma boa compreensão das variáveis que o envolve (FERNANDES, 2012).

O planeamento pode ser mais ou menos formal, contudo, permite que os gestores identifiquem e selecionem os objetivos e desencadeiem as ações para os atingir, sendo fundamental para a eficácia da resposta da empresa às mudanças que surgem no meio envolvente (MAÇÃES, 2014). O planeamento estratégico define as funções, responsabilidades de cada nível de intervenção, fornece bom suporte de informação, visão estratégica e flexibilidade, articulando-se entre gestão e planeamento (ROCHA; SOUSA; MARTINS, 2016). O planeamento estratégico é um processo pelo qual se tenta aumentar a probabilidade dos resultados esperados procurando antever os acontecimentos futuros, de forma a preparar a organização para estes (CARVALHO, 2016). Neste sentido, o planeamento estratégico não é estático, consiste num processo contínuo, requer flexibilidade e criatividade de planos e o envolvimento de todas as pessoas da organização (CARVALHO, 2016). O planeamento estratégico encontra-se ligado à gestão da organização; estabelece a relação entre “Onde estamos” (situação atual) e “Como chegaremos lá” (ações estratégicas) consoante as alterações do mercado; com um período de longo prazo, normalmente de cinco anos; contempla três tipos de planeamentos: estratégico (pelos gestores do topo a longo prazo), tático (pelos gestores intermédios a médio prazo) e operacional (pelos gestores de primeira linha a curto prazo) (CARAPETO; FONSECA, 2006); necessita de uma reflexão estratégica e análise estratégica do estado atual da organização, do ambiente interno e externo onde esta se insere através da análise SWOT, para posteriormente formular a estratégia, implementá-la e, por fim, avaliá-la.

O enfermeiro gestor tem uma participação ativa na elaboração do planeamento estratégico (plano e relatório de atividades), operacionalização e avaliação do mesmo, em articulação com o diretor de serviço, de forma a definirem a estratégia do plano de atividades do serviço, com base na visão e no planeamento estratégico da instituição, intervindo na gestão de cuidados, recursos humanos, materiais, projetos, formação, investigação e divulgação (ROCHA; SOUSA; MARTINS, 2016).

O enfermeiro gestor deve ser dotado de conhecimento, aptidões, atitudes e comportamentos, tais como o pensamento e planeamento estratégico, liderança, gestão de desempenho, comunicação, negociação, gestão de recursos humanos, melhoria da qualidade, com impacto na sua intervenção e cumprimento do planeamento estratégico organizacional (ROCHA; SOUSA; MARTINS, 2016). O enfermeiro gestor detém conhecimento e pensamento sistematizado no domínio da gestão, “com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da organização

que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação" (REGULAMENTO nº76/2018, 2018). É fundamental o enfermeiro gestor possuir competências para transformar a visão estratégica em ação estratégica apoiando a tomada de decisão, gerindo recursos e condições para a ação, de modo a implementar o planeamento estratégico com eficácia.

Durante a última semana de março de 2022 foi realizada uma pesquisa exploratória preliminar sobre a temática através do motor de busca da *EBSCO,* nas bases de dados da *MEDLINE Complete* e *CINAHL Complete*, nos repositórios científicos como o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), em bibliotecas (da Escola Superior de Enfermagem do Porto) visando compreender o "estado da arte" e as necessidades de investigação sobre a importância do planeamento na gestão em enfermagem de serviços hospitalares. Esta pesquisa resultou na descoberta de alguns estudos e nenhuma revisão sistemática. Com base nos resultados da pesquisa exploratória e considerando a dispersão de conhecimento sobre o assunto em questão, tornase pertinente a presente revisão identificando a base de evidência do planeamento na gestão em enfermagem de serviços hospitalares.

Os objetivos do estudo consistem em mapear as principais fontes e tipos de evidência existentes, lacunas no conhecimento existente, de modo a fornecer uma compreensão mais abrangente sobre a importância do planeamento na gestão em enfermagem de serviços hospitalares. Neste sentido, o objetivo da presente *scoping review* é mapear o conhecimento sobre a importância do planeamento na gestão em enfermagem de serviços hospitalares respondendo às seguintes questões de revisão:

- Qual a importância do planeamento dos enfermeiros gestores na gestão de serviços hospitalares?
- Quais as caraterísticas do planeamento na gestão em enfermagem de serviços hospitalares?

A finalidade do estudo consiste em obter conhecimento sobre as caraterísticas do planeamento na gestão em enfermagem de serviços hospitalares.

2 | METODOLOGIA

As revisões *scoping* fornecem informação abrangente e aprofundada, em vez de ser focada sobre a literatura existente, independentemente dos desenhos de estudo (qualitativo ou quantitativo), sendo uma das diferenças mais importantes em relação à revisão sistemática (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). Neste sentido, a adoção do tipo de revisão, a *scoping review,* como método de investigação, fundamenta-se no facto de ser um tipo de revisão que consiste num tipo de síntese de conhecimento, segue uma abordagem

sistemática de forma a mapear evidências sobre um determinado tópico e identifica os principais conceitos, teorias, fontes de informação e lacunas do conhecimento (TRICCO *et al*., 2018). Sendo fundamental a qualidade metodológica da elaboração da revisão foi adotada a *guideline* do Instituto *Joanna Briggs* (PETERS *et al*., 2017) como linha orientadora no percurso metodológico.

2.1 Procura pela evidência

Mediante o tema a pesquisar, foi utilizada a estratégia *participants, concept* e *context* (PCC), foram incluídos na *Scoping Review* estudos que: quanto ao tipo de participantes, falem em enfermeiros gestores dos serviços hospitalares; quanto ao conceito, a importância do planeamento na gestão em enfermagem; quanto ao contexto, aportem aos serviços hospitalares. Quanto ao estado de publicação, incluíram-se estudos primários e secundários, qualitativos e quantitativos. Relativamente ao idioma, foram incluídos todos os estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, uma vez que eram os idiomas de domínio dos revisores da *scoping review,* de forma a promover uma boa qualidade da seleção da evidência e da extração dos dados. A nível de temporalidade foram incluídos os estudos realizados nos últimos 10 anos devido à proximidade com a atualidade.

A estratégia de pesquisa foi realizada em três fases: pesquisa inicial nas bases de dados *MEDLINE Complete e CINAHL Complete* (acesso via *EBSCOhost Web*)*,* com a frase booleana definida e uma análise de palavras de texto nos títulos e resumos dos termos de índice usados para descrever o artigo; pesquisa com todas as palavras-chave e termos de índice identificados que convergiram numa frase booleana final (*Nursing AND* (*"Nurse Administrators" OR "Nurse Managers" OR "Nurse Executives" OR "Nurse Executive" OR "Nurse leaders" OR "Nurse executive´s") AND ("Strategic Planning" OR "Hospital Planning" OR "Planning Techniques") AND ("Hospital Administration" OR "Health Facility Administration"*) *AND Hospital*) em todas as bases de dados: *MEDLINE complete, CINAHL complete* (acesso via *EBSCOhost Web*); *Web of Science Core Collection* (acesso via *Web of Science*)*; Scopus; Cochrane library; JBI Evidence Synthesis*, nos repositórios: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e o *OpenGrey* (*System for Information on Grey Literature in Europe*) e no motor de busca: Google académico, incluídos na revisão; análise das referências bibliográficas de todos os artigos incluídos na pesquisa primária para identificar estudos adicionais relevantes. A pesquisa nas bases de dados, repositórios e motor de busca foi realizada a 1 de abril de 2022.

2.2 Seleção da evidência

Após a remoção de duplicados foi realizada a seleção dos artigos para a revisão através da análise de título, do resumo, e, por último, do texto integral. A pesquisa teve por base os seguintes critérios de inclusão: resposta às questões de revisão; cumprimento da estratégia PCC; inclusão de pelo menos dois componentes da frase booleana final

(Nursing, "Nurse Administrators", "Strategic Planning", "Hospital Administration", Hospital, ou respetivos termos relacionados).

A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores independentes. Sempre que os revisores tiveram dúvidas sobre a relevância de um estudo pelo resumo, foi recuperado o artigo em texto integral. Os desacordos surgidos entre os revisores foram resolvidos através de discussão entre os mesmos. No final, foram identificados estudos adicionais das listas de referência com base nos critérios de inclusão da revisão.

2.3 Extração de dados

Os dados foram extraídos pelos dois revisores independentes, aplicando uma ferramenta desenvolvida pelos investigadores, em acordo com o objetivo e questões da presente revisão. O instrumento foi criado baseado no instrumentomodelo do Instituto *Joanna Briggs* para a extração de detalhes dos estudos, das caraterísticas e resultados (PETERS *et al.*, 2017, p. 27).

2.4 Síntese de dados

Os dados foram agrupados e organizados mediante as categorias definidas *a priori*. Em relação aos estudos, nestes sobressaíram: os objetivos e o tipo de estudo. Dos dados relativos à intervenção realçamse: os participantes, contexto de implementação, conteúdo, estratégia de implementação, instrumento de avaliação, dinamizador(es) e resultados. A síntese dos resultados foi apresentada em formato de representação visual, tabela e narrativa.

3 | RESULTADOS

A pesquisa identificou 1003 artigos potencialmente relevantes, dos quais 289 foram eliminados por serem duplicados; dos restantes 714 artigos, 703 artigos foram excluídos por análise do título; dos restantes 11 artigos, foram excluídos 5 artigos após análise do resumo; dos restantes 6 artigos, 5 foram excluídos após a leitura integral do texto; incluído um artigo na *scoping review*. Na pesquisa secundária das referências bibliográficas, obteve-se 27 artigos potencialmente relevantes; 25 artigos foram excluídos após análise do título; dos restantes 2 artigos, foram todos excluídos após análise por resumo; sendo zero artigos incluídos na *scoping review* (Figura 1).

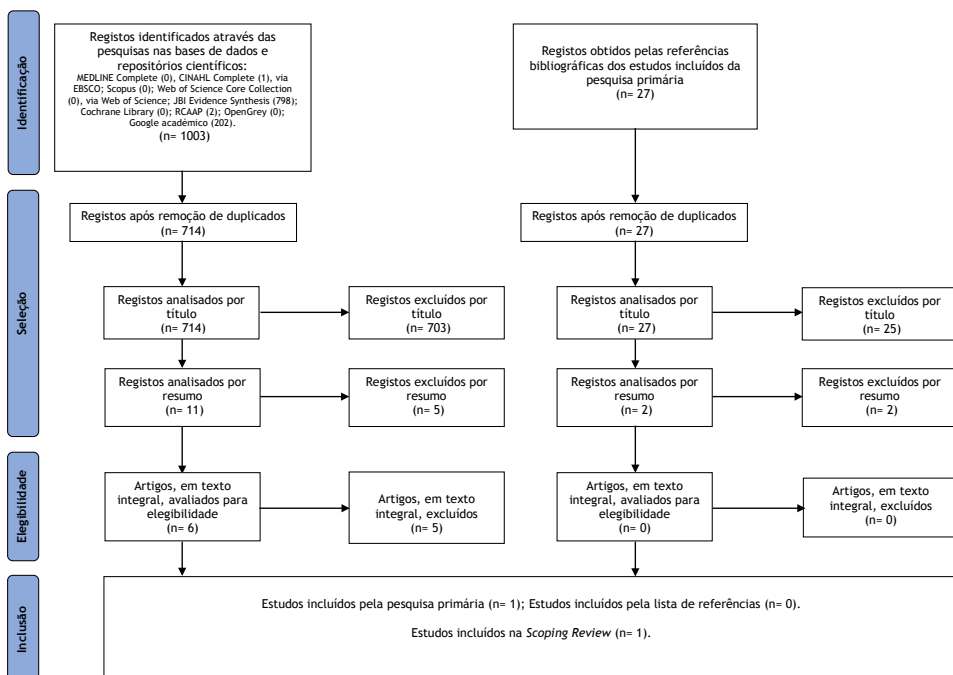



FIGURA 1: Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos (PETERS *et al*., 2017)

As características do artigo incluído na *scoping review,* “Planejamento participativo e avaliação da qualidade: contribuições de uma tecnologia de gestão em enfermagem”, apresentam-se na Tabela 1.

Artigo	“Planejamento participativo e avaliação da qualidade: contribuições de uma tecnologia de gestão em enfermagem” (2019)
Objetivo(s)	Analisar resultados do planeamento participativo e indicadores de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, numa unidade de internamento hospitalar da região sul do Brasil com utilização de uma tecnologia de gestão.
Metodologia	Pesquisa Convergente Assistencial articulando investigação e intervenção na prática.

TABELA 1: Caraterísticas do artigo incluído na *scoping review*

Relativamente aos participantes e contextos de implementação do planeamento participativo e indicadores de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, encontram-se descritos na Tabela 2.

Artigo	“Planejamento participativo e avaliação da qualidade: contribuições de uma tecnologia de gestão em enfermagem” (2019)
Participantes	Participaram 33 profissionais de saúde (8 enfermeiros, 1 enfermeiro gestor, 24 técnicos e auxiliares de enfermagem) e 101 clientes e/ou familiares.
Contexto de implementação	Serviço de internamento hospitalar

TABELA 2: Participantes e contextos de implementação das intervenções

No estudo foram identificados o conteúdo, as estratégias de implementação do planeamento participativo e indicadores de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, os instrumentos de avaliação, os dinamizadores, os resultados obtidos e conclusões, esplanadas na Tabela 3.

Artigo	“Planejamento participativo e avaliação da qualidade: contribuições de uma tecnologia de gestão em enfermagem” (2019)
Intervenção (planeamento participativo e avaliação da qualidade da assistência em enfermagem)	
Conteúdo	Elaboração das etapas do planeamento participativo: definição da missão e os princípios orientadores, necessidades ou problemas, finalização do planeamento relativo a cada necessidade ou problema, definidos os resultados esperados, os objetivos e o plano de atividades para cada necessidade ou problema prioritário.
Estratégias de implementação	Com o envolvimento de toda a equipe a sensibilização para a importância do planeamento e levantamento das necessidades ou problemas, e realização de 5 sessões (duração média de 30 minutos) para a elaboração das etapas do planeamento participativo.
Instrumento de avaliação	Análise das atividades de planeamento através da tecnologia PRAXIS®.
Dinamizador(es)	Investigadora principal e professor de gestão.
Resultados	No planeamento participativo, levantamento de necessidades/problemas dos profissionais, seguido de 5 sessões, onde foram definidas missão, princípios orientadores e 4 problemas prioritários, resultados esperados, objetivos e planos de atividades.

TABELA 3: Características das intervenções

4 I DISCUSSÃO

De acordo com os resultados do estudo incluído na *scoping review* o planeamento participativo contemplou a definição da missão e os princípios orientadores, a identificação de necessidades ou problemas, definição dos resultados esperados, os objetivos e o plano de atividades para cada necessidade ou problema prioritário (VANDRESEN; PIRES; MARTINS; FORTE; LORENZETTI, 2019). As estratégias de implementação do planeamento tiveram por base o envolvimento de toda a equipa na sensibilização para a importância do planeamento e levantamento das necessidades ou problemas, e realização de 5 sessões com duração média de 30 minutos para a elaboração das etapas do planeamento participativo

(VANDRESEN; PIRES; MARTINS; FORTE; LORENZETTI, 2019). O planeamento estratégico contempla quatro fases fundamentais: determinação da missão e objetivos; formulação da estratégia; implementação da estratégia e controlo estratégico (MAÇÃES, 2014). A primeira fase do planeamento estratégico consiste na elaboração da missão e corresponde à finalidade pela qual a empresa foi criada, procurando identificar o produto, os clientes e as necessidades que a empresa pretende dar resposta e como se diferencia da concorrência (MAÇÃES, 2014). Nesta fase também são definidos os principais objetivos da organização de curto, médio e longo prazo (MAÇÃES, 2014). Na fase de formulação da estratégia os gestores fazem o diagnóstico da situação atual e estabelecem as estratégias necessárias para atingir os objetivos e cumprir a missão (MAÇÃES, 2014). Na formulação da estratégia é realizada a análise SWOT onde são estabelecidos os fatores influenciadores do sucesso, sendo fundamental para a qualidade das decisões estratégicas (FERNANDES, 2012). Na fase de implementação da estratégia os gestores decidem qual a distribuição dos recursos e as responsabilidades subjacentes à implementação da estratégia e assegurar a sua concretização (MAÇÃES, 2014). Na implementação da estratégia, trata-se da implementação efetiva do planeamento estratégico (FERNANDES, 2012). É necessário comunicar e incutir os objetivos estratégicos nos profissionais da organização de modo que todos em conjunto trabalhem de acordo com estes em direção à visão organizacional e ao alcance dos objetivos com sucesso (FERNANDES, 2012). Na última fase, controlo de gestão, o objetivo principal consiste em avaliar o desempenho organizacional, certificar que a estratégia está a ser executada conforme definida e identificar se os resultados obtidos correspondem aos previstos ou não, caso não sejam cumpridos os objetivos delineados quais as razões para o não cumprimento (MAÇÃES, 2014). No controlo e avaliação, são utilizadas as ferramentas de monitorização dos indicadores e efetividade dos planos de ação, evidenciam o nível de cumprimento do plano estratégico, o atingimento das metas e a avaliação da possível adaptação ou revisão do planeamento estratégico mediante os resultados deste (FERNANDES, 2012).

No estudo incluído na *scoping review* foi feita a avaliação do planeamento elaborado recorrendo à análise das atividades deste através da tecnologia PRAXIS®, *software* que permite a organização e armazenamento de dados diários e de forma contínua, escoltando o desempenho dos profissionais (VANDRESEN; PIRES; MARTINS; FORTE; LORENZETTI, 2019). Também foi realizada a monitorização de dois indicadores de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, a satisfação dos clientes e a notificação de eventos adversos através da entrevista com formulário da PRAXIS® sobre a satisfação do cliente em relação à assistência de enfermagem e notificação de eventos adversos (VANDRESEN; PIRES; MARTINS; FORTE; LORENZETTI, 2019). Os indicadores de qualidade são ótimos recursos para avaliar os serviços e a gestão dos serviços tem como foco a prestação de cuidados com qualidade e segurança (VANDRESEN; PIRES; MARTINS; FORTE; LORENZETTI, 2019). O enfermeiro gestor agrega valor económico à instituição e valor

social aos enfermeiros definindo indicadores (REGULAMENTO nº76/2018, 2018).

Compete ao enfermeiro gestor desenvolver funções de planeamento, organização, direção e controlo, com a finalidade de obter resultados na qualidade, segurança e satisfação dos clientes e seus profissionais, através do desempenho dos enfermeiros (REGULAMENTO nº76/2018, 2018). O enfermeiro gestor deve ter um papel ativo na tomada de decisão das políticas organizacionais, e responsabilidade na articulação, integração da prestação de cuidados e assistência à pessoa/família. Contudo, existem muitos enfermeiros com a responsabilidade de gestão de um serviço sem aptidão para exercer tal cargo nem formação, muitos estão a exercer funções de chefia por nomeação (sem concurso) sem perfil para o desempenho do cargo de forma a beneficiar a população com a prestação de serviços de gestão com qualidade (RODRIGUES *et al.*, 2019).

O estudo de Vandresen, Pires, Martins, Forte e Lorenzetti, (2019) conclui que o planeamento com a metodologia participativa é uma ferramenta fulcral para a melhoria da gestão de enfermagem em serviços de internamento hospitalar. O planeamento participativo contempla a filosofia do pensar e agir em conjunto, conduzindo a melhores resultados (VANDRESEN; PIRES; MARTINS; FORTE; LORENZETTI, 2019). O enfermeiro gestor emerge como influenciador dos comportamentos dos enfermeiros, "compreende a função "Direção" como um processo de influência sobre o comportamento dos elementos da equipa" (REGULAMENTO nº76/2018, 2018), contribuindo para o envolvimento, motivação e desenvolvimento profissional destes.

5 I CONCLUSÃO

O planeamento é fundamental na gestão de enfermagem de serviços com sucesso, impactando-se no exercício das práticas do enfermeiro gestor. Exige-se que o enfermeiro gestor tenha um abrangente domínio do conhecimento/habilidades sobre estratégias e ferramentas de gestão que permitam contribuir na conceção do planeamento do serviço com base na missão, valores e planeamento estratégico da instituição, atingindo os objetivos esperados que contemplam a prestação de cuidados com qualidade e satisfação do cliente.

LIMITAÇÕES DA *SCOPING REVIEW*

Relativamente às limitações da presente *scoping review*, foram excluídos artigos noutros idiomas que poderiam ser importantes para a revisão.

IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO

Na presente revisão, encontraram-se poucos estudos que abordassem a importância do planeamento na gestão em enfermagem de serviços hospitalares. Com base nos

resultados obtidos, torna-se premente aprofundar a investigação nesta área em futuros estudos.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A sumarização da evidência encontrada facilita a adoção de estratégias de implementação do planeamento na gestão em enfermagem de serviços hospitalares. Este trabalho pode servir como base de reflexão da importância do planeamento na prática do enfermeiro gestor na gestão de serviços em contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS

ARKSEY, H., O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v.8, n. 1, p. 19-32, 2005.

CARAPETO, C.; FONSECA, F. **Administração Pública Modernização, Qualidade e Inovação**. 2. ed. Edições Sílabo, 2006.

CARVALHO, L., BERNARDO, M., SOUSA, I.; NEGRAS, M. **Gestão das Organizações, Uma abordagem integrada e prospetiva**. 2. ed. Lisboa: Sílabo, 2015.

CARVALHO, J. **GESTÃO DE EMPRESAS Princípios Fundamentais O futuro da gestão é a gestão do futuro**. 4. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2016.

FERNANDES, D. Uma Visão Sobre a Análise da Matriz SWOT como Ferramenta para Elaboração da Estratégia. **UNOPAR Cient., Jurid. Empres., Londrina**, v. 13, n. 2, p. 57-68, 2012.

FREDERICO-FERREIRA, M., & SILVA, C. Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência III Série**, v. 8, p. 85-93, 2012.

MAÇÃES, M. **Manual de Gestão Moderna, Teoria e Prática. Setembro**. Coimbra: AActual, 2014.

MESQUITA, C., SANTOS, J., DA SILVA; A. F. SILVA, A. Novos modelos de Planeamento e Controlo de Gestão nos Hospitais Públicos Portugueses. **Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde**, v.7, n. 3, p. 239-256, 2018.

PETERS, M., GODFREY, C., MCLNERNEY, P., SOARES, C., KHALIL, H.; PARKER, D. Chapter 11: Scoping Review. In: Aromataris E, Munn Z (Eds), Joanna Briggs Institute Reviewer´s Manual. **The Joanna Briggs Institute**, 2017.

REGULAMENTO N.º76/2018 DE ENTIDADES ADMINISTRATIVAS INDEPENDENTES E ADMINISTRAÇÃO AUTÓNOMA. **Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão Diário da República**, 2º série, nº21, PARTE C, 30 de janeiro, 2018.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º41/2002. **Diário da República**, série I-B, de 7 de março, 2002.

ROCHA, M., SOUSA, P.; MARTINS, M. A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. **Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo**, v. 18, n. 2, p. 89-105, 2016.

RODRIGUES, W., MARTINS, F., CARVALHO, F., COSTA, D., FRAGA, F., PARIS, L., JUNIOR, L., BUENO, D.; DAVID, M. A importância do enfermeiro gestor nas instituições de saúde. **Revista Saúde em Foco**, nº11, p. 382-395, 2019.

TRICCO, A, LILLIE, E, ZARIN, W, O'BRIEN, K, COLQUHOUN, H, LEVAC, D., …; HEMPEL, S. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

VANDRESEN, L., PIRES, D., MARTINS, M., FORTE, E.; LORENZETTI, J. Planejamento participativo e avaliação da qualidade: contribuições de uma tecnologia de gestão em enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. 1-8, 2019.

CAPÍTULO 4

O IMPACTO DA MOTIVAÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR NA NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES EM ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO

Data de aceite: 04/07/2022
Data de submissão: 10/05/2022

Catarina Raquel Ferreira Porfírio
Hospital Pedro Hispano
Porto, Portugal
https://orcid.org/0000-0003-1119-6013

Maria Manuela da Silva Martins
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Porto, Portugal
https://orcid.org/0000-0003-1527-9940

Margarida Ferreira Pires
Administração Regional de Saúde LVT
Torres Vedras, Portugal
https://orcid.org/0000-0001-6254-5610

Regina Maria Pires
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Porto, Portugal
https://orcid.org/0000-0003-1610-7091

RESUMO: O Plano Nacional de Segurança dos Doentes promove a cultura de segurança do cliente e incentiva a notificação de incidentes através da plataforma nacional NOTIFIC@ com a proteção do notificador. O enfermeiro gestor deve compreender o erro como uma fonte de aprendizagem e oportunidade de melhoria, motivando os profissionais para o desempenho de melhoria contínua. Os objetivos são avaliar a motivação para a notificação de incidentes em enfermagem e identificar as estratégias dos enfermeiros gestores na motivação para a notificação de incidentes. As estratégias do enfermeiro gestor para motivar à notificação são: fornecer conhecimento, recursos e treino; apoiar e dar oportunidade de discutir sobre o erro; promover uma cultura justa, eficaz e de aprendizagem não punitiva; comunicar de forma aberta e honesta; dar feedback construtivo das notificações; consciencializar os enfermeiros da importância e responsabilidade em notificar; promover a implementação de projetos de melhoria contínua; liderança transformacional. É crucial notificar e implementar projetos de melhoria contínua da qualidade, tendo o enfermeiro gestor um papel fulcral na mudança do comportamento dos enfermeiros, motivando-os na manutenção de práticas seguras em ambientes seguros.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro gestor; Motivação; Notificação; Incidentes.

THE IMPACT OF NURSE MANAGER'S MOTIVATION ON NOTIFICATION OF INCIDENTS IN NURSING: A REFLECTION

ABSTRACT: The National Patient Safety Plan promotes the culture of customer safety and encourages the notification of incidents through the national NOTIFIC@ platform with the protection of the notifier. The nurse manager must understand the error as a source of learning and an opportunity for improvement, motivating professionals to perform continuous improvement. The objectives are to assess the motivation for reporting incidents in nursing and identify the strategies of nurse managers in the

motivation for reporting incidents. The nurse manager's strategies to motivate reporting are: providing knowledge, resources and training; support and give opportunity to discuss the error; promote a fair, effective and non-punitive learning culture; communicate openly and honestly; give constructive feedback from notifications; make nurses aware of the importance and responsibility of notifying; promote the implementation of continuous improvement projects; transformational leadership. It is crucial to notify and implement continuous quality improvement projects, with the nurse manager having a key role in changing nurses' behavior, motivating them to maintain safe practices in safe environments.
KEYWORDS: Nurse manager; Motivation; Notification; Incidents.

1 I INTRODUÇÃO

O acesso a cuidados de saúde seguros consiste num direito legítimo de todos os cidadãos (EIRAS, 2021). Os princípios e conceitos da segurança do doente têm sido incorporados na prestação de cuidados de saúde de modo a diminuir o número de incidentes e eventos adversos, sendo estes, na sua maioria, evitáveis, causando custos elevados para o sistema de saúde e cidadão (EIRAS, 2021). Em Portugal, em 2015 é publicado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] (DESPACHO n.º 1400-A/2015), tendo como foco principal aumentar a cultura de segurança e apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na utilização de métodos e identificação de objetivos e metas para melhorar a gestão dos riscos relacionados com a prática de cuidados de saúde. O PNSD 2021 -2026 (2021) é uma ferramenta de apoio a gestores de topo e intermédios, gestores de risco e profissionais de saúde, impondo um envolvimento ativo de governação responsável, coordenação e operacionalização nos diversos níveis de cuidados de saúde, aumentando a segurança na prestação de cuidados (DESPACHO n.º 9390/2021, 2021). O PNSD 2021-2026 contempla como objetivos estratégicos o aumento da cultura e transparência da notificação de incidentes do doente através do Sistema NOTIFICA e a promoção do acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no NOTIFICA (DESPACHO n.º 9390/2021, 2021) As ações passam pelo incentivo à notificação de incidentes de segurança do doente, através de ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores da notificação, proteção e confidencialidade do notificador a nível legal, otimização do Sistema NOTIFICA, desenvolvimento de auditorias de práticas seguras no NOTIFICA e monitorização e feedback dos incidentes (DESPACHO n.º 9390/2021, 2021). No NOTIFICA é possível reportar três tipos de incidentes: os relacionados com a prestação de cuidados de saúde, com a violência contra profissionais de saúde ocorridos no âmbito do trabalho e com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2022).

A ocorrência de incidentes de segurança na prestação de cuidados de saúde está estreitamente ligada à cultura de segurança implementada nas instituições e à sua organização, "havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez

vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde" e as consequências resultantes de incidentes têm repercussões a nível humano, físico e emocional, nos doentes e respetivas famílias, e nas estratégicas de reputação do SNS e sua economia (DESPACHO n.º 1400-A/2015, p. 3882).

Neste sentido, foi desenvolvido a presente trabalho com o objetivo de reflectir sobre a avaliação da motivação para a notificação de incidentes por parte dos profissionais de enfermagem e identificar as estratégias dos enfermeiros gestores na motivação dos seus enfermeiros para a notificação de incidentes e eventos adversos.

2 I DESENVOLVIMENTO

As organizações de saúde que cultivam um ambiente favorável à partilha e aprendizagem com o erro, promovem a mudança gradual dos comportamentos e atitudes dos seus profissionais enraizando uma verdadeira cultura de segurança organizacional com reflexo positivo nos resultados em saúde (BARROSO; SALES; RAMOS, 2021). É fulcral eliminar as atitudes depreciativas e penosas sobre o profissional que notifica um incidente ou assuma a ocorrência de um erro, pois só com a conceção dos incidentes ocorridos é que se pode melhorar a prática proporcionando cuidados de saúde mais seguros (BARROSO; SALES; RAMOS, 2021).

A cultura de segurança positiva implementada numa organização deve:

- "Adotar uma cultura em que os profissionais tenham consciência ativa e constante das situações que podem originar falhas;
- Ser uma cultura aberta e justa, que estimula os profissionais a falar sobre os seus próprios erros, onde todos aceitam a responsabilidade da segurança;
- Assumir a segurança acima dos objetivos financeiros ou operacionais;
- Incentivar e gratificar a identificação, comunicação e solução de acontecimentos de segurança;
- Promover a aprendizagem organizacional em resultado dos incidentes;
- Providenciar recursos adequados, estruturas e *accountability* para manter os sistemas de segurança efetivos" (EIRAS, 2021, p.48).

A aprendizagem organizacional com o desenvolvimento de melhoria contínua encontra-se essencialmente em três dimensões: frequência da notificação de eventos, dotação de profissionais e resposta não punitiva ao erro (EIRAS, 2021). É importante prevenir a ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados e o sistema de notificação promove a aprendizagem com a experiência possibilitando a implementação de medidas que impeçam novos episódios (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2022). A notificação é uma atividade voluntária do profissional de saúde e do cidadão, anónima e não punitiva (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2022) que constitui um ato de coragem, um dever moral,

ético e deontológico (PEDROSO; RAMOS; BARROSO, 2021). Contudo, o contexto e as condições onde são prestados os cuidados de saúde interferem na segurança e efetividade dos mesmos, tendo grande impacto nos resultados em saúde, mais especificamente na qualidade e segurança (DESPACHO n.º 9390/2021, 2021). Algumas das condicionantes dos ambientes seguros são: a dotação e adequação dos profissionais de saúde, a formação dos mesmos, a organização do trabalho, o plano e confiabilidade dos processos, os percursos de cuidados, a existência de recursos, ferramentas e instrumentos (DESPACHO n.º 9390/2021, 2021). Cabe ao enfermeiro gestor criar condições para manter e promover ambientes seguros, implementando medidas neste sentido; assumir o erro como uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de melhoria contínua; demonstrar compromisso com a política de qualidade e segurança; analisar os eventos adversos, agindo em conformidade, acompanhar o trabalho desenvolvido pelos elementos de gestão de risco, motivar os seus profissionais para a melhoria contínua do seu desempenho e potencial (REGULAMENTO n.º 76/2018, 2018). Woo e Avery (2021) referem que os enfermeiros frequentemente subnotificam o erro. Os enfermeiros não notificam porque apresentam: dificuldade em aceitarem o erro, por falta de informação, receio de repercussões e medo da punição. Porém, a promoção de uma cultura não punitiva, favorável à partilha e aprendizagem com os erros, motiva à mudança de comportamentos e atitudes dos profissionais (PEDROSO; RAMOS; BARROSO, 2021). A notificação de incidentes facilita a análise das causas do erro em enfermagem e promove uma cultura robusta de segurança do doente e de melhoria da qualidade dos cuidados prestados (WOO; AVERY, 2021).

A motivação por parte do enfermeiro gestor, para com os seus enfermeiros, na notificação dos erros, é crucial para a mudança do comportamento destes promovendo uma cultura de segurança forte (WOO; AVERY, 2021). O comportamento dos enfermeiros gestores influenciam a notificação de incidentes (VRBNJAK, DENIEFFE; O`GORMAN; PAJNKIHAR, 2016).

As estratégias dos enfermeiros gestores para motivarem os enfermeiros à notificação passam pelo conhecimento, habilidade, treino e recursos para assumirem o compromisso da notificação; apoio e oportunidade de discutirem sobre o erro; promoção de uma cultura justa e aberta, sem punições; feedback construtivo das notificações para apoiar a aprendizagem com o erro e liderança transformacional como modelo de gestão de governança clínica (WOO; AVERY, 2021).

De acordo com outros autores uma cultura aberta, eficaz e de aprendizagem não punitiva; comunicação aberta e honesta; conhecimento, habilidades e comprometimento profissional sobre segurança do doente; a consciencialização da importância e responsabilidade em notificar; feedback da notificação; apoio por parte do enfermeiro gestor; a implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade, são estratégias que os enfermeiros gestores devem adotar para motivar os enfermeiros a notificar (VRBNJAK, DENIEFFE; O`GORMAN; PAJNKIHAR, 2016). “Errar é humano, compartilhar é divino”

(VRBNJAK, DENIEFFE; O`GORMAN; PAJNKIHAR, 2016, p.176). Segundo a opinião de um perito, Fernando Barroso o enfermeiro gestor tem um grande impacto na cultura de segurança do serviço, ao demonstrar uma postura de abertura e aprendizagem com o erro.

3 I CONCLUSÃO

Identificar e notificar os incidentes é fundamental para promover uma cultura de segurança em saúde. A implementação de uma cultura justa e aberta, não punitiva, motiva à notificação de erros e fomenta o desenvolvimento de projetos de melhoria continua da qualidade. O enfermeiro gestor deve desenvolver esforços na implementação de estratégias para a mudança de comportamento dos enfermeiros, aumentando o compromisso e responsabilidade destes na notificação de incidentes e eventos adversos, contribuindo para a manutenção de práticas seguras.

REFERÊNCIAS

AROMATARIS, E.; PEARSON, A. The Systematic Review: An Overview. Systematic Reviews, Step by Step. **American Journal of Nursing**, v. 114, n. 3, p. 53-58, 2014.

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. **JBI Manual for Evidence Synthesis**, 2020.

DESPACHO N.º 1400-A/2015 DE GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE; Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD 2015-2020). **Diário da República**, 2.ª série, n.º 28, PARTE C, 10 de fevereiro, 2015.

DESPACHO N.º 9390/2021 DE GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE; Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). **Diário da República**, 2.ª série, n.º 187, PARTE C, 24 de setembro, 2021.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes-NOTIFICA. **Serviço Nacional de Saúde**, 2022.

EIRAS, M. **Guia Prático para a Segurança do Doente**. Lisboa: Lidel, 2021.

PEDROSO, E., RAMOS, S.; BARROSO, F. **Guia Prático para a Segurança do Doente**. Lisboa: Lidel, 2021.

REGULAMENTO N.º 76/2018 DE ENTIDADES ADMINISTRATIVAS INDEPENDENTES E ADMINISTRAÇÃO AUTÓNOMA; Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. **Diário da República**, 2.ª série, n.º 21, PARTE C, 30 de janeiro, 2018.

VRBNJAK, D., DENIEFFE, S., O`GORMAN, C.; PAJNKIHAR, M. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. **Internacional Journal of Nursing Studies**, v. 63, p. 162-178, 2016.

WOO, M.; AVERY, M. Nurses` experiences in voluntary error reporting: Na integrative literature review. **Internacional Journal of Nursing Sciences**, v. 8, p. 453-469, 2021.

CAPÍTULO 5

A IMPORTÂNCIA DA SIMULAÇÃO CLÍNICA PARA O ENSINO DO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO COM SEGURANÇA NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Data de aceite: 04/07/2022

Eliane Souza de Almeida Cruz
http://lattes.cnpq.br/6569442308290606

RESUMO: A simulação clínica deve ser uma das estratégias utilizadas para a construção de conhecimentos e habilidades no ensino do preparo e administração de medicamentos com segurança no curso de graduação em enfermagem, pois promove o aprimoramento e unificação das técnicas a serem desenvolvidas pelo profissional em seu cotidiano. A simulação clínica traz para o aluno experiências reais, com situações muito interativas que buscam trazer para o aluno o desenvolvimento do pensamento crítico, bem como a troca de experiência entre pares. Este estudo é uma revisão bibliográfica, na qual, as evidências científicas descreveram a importância da simulação clínica para o ensino da administração de medicação com segurança, uma vez que é uma metodologia que também traz ao aluno o aperfeiçoamento das técnicas e percepção de possíveis erros. O aluno que tem segurança em seus procedimentos, aumenta a sua competência profissional e atua com o paciente com mais segurança, transformando-se assim em um profissional de excelência.
PALAVRAS-CHAVE: Simulação Clínica. Metodologias de Ensino. Administração de Medicação. Simulação em Enfermagem.

ABSTRACT: Clinical simulation should be one of the strategies used to build knowledge and skills in teaching the preparation and administration of medications safely in the undergraduate nursing course, as it promotes the improvement and unification of the techniques to be developed by the professional in their daily lives. Clinical simulation brings to the student real experiences, with very interactive situations that seek to bring to the student the development of critical thinking, as well as the exchange of experiences between peers. This study is a bibliographic review, in which, the scientific evidence described the importance of clinical simulation for teaching medication administration safely, since it is a methodology that also brings to the student the improvement of techniques and the perception of possible errors. The student who has security in his procedures, increases his professional competence and acts with the patient more safely, thus becoming a professional of excellence.
KEYWORDS: Clinical Simulation. Teaching methodologies. Medication Administration. Nursing Simulation.

INTRODUÇÃO

No curso de graduação de enfermagem, utiliza-se várias metodologias de ensino, entre elas está a simulação clínica, que é um método de treinamento baseado em simulação, que traz ao aluno situações da vida real (BESERRA, 2020).

As organizações de ensino têm percebido a importância da simulação clínica, para o ensino e troca de experiências a respeito da cultura de segurança do paciente, no que diz

respeito ao preparo e administração de medicações (COGO, 2019).

O erro no preparo e administração de medicamentos tem como um dos principais fatores o déficit no ensino, por isso a simulação clínica é uma ferramenta valiosa, pois traz ao aluno segurança na administração de medicação (BASILE, 2019).

A simulação clínica é uma metodologia interativa, que tem a finalidade de trazer experiências de situações reais, aumentando a competência técnica do aluno e em consequência a segurança no preparo e administração de medicação (BESERRA, 2020).

A metodologia de ensino simulação clínica propicia ao aluno um espaço educativo que reproduz o ambiente de trabalho, possibilitando assim, o desenvolvimento de competências no que diz respeito a segurança do paciente (COGO, 2019).

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa bibliográfica é retratar a importância da simulação clínica e como o uso desta metodologia aumenta a performance do aluno, trazendo assim mais segurança para o cuidado com o paciente (COGO, 2019).

METODOLOGIA

Para este estudo foi realizada uma revisão bibliográfica de caráter exploratório e abordagem qualitativa, onde será descrito a importância da simulação clínica para o ensino do preparo e administração de medicação para os graduandos de enfermagem. A consulta bibliográfica foi realizada em publicações disponíveis na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), na LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), publicadas em português nos últimos 07 anos.

A busca se deu através das palavras-chave Simulação Clínica, Metodologias de Ensino, Administração de Medicação e Simulação em Enfermagem. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: textos completos, período ano de 2014 a 2021, sendo, portanto, excluídas as bibliografias que não contemplam os aspectos acima citados.

Depois de selecionado o material, foi realizada uma leitura sistemática, não interpretativa, mas apenas para se tomar conhecimento do conteúdo abordado no texto. Em uma segunda leitura, foram destacados os dados relacionados ao alcance dos objetivos propostos para a pesquisa os quais foram citados no trabalho e posteriormente relacionados às considerações finais, delineando-se assim as respostas para os questionamentos iniciais, sendo então explicitado o objetivo proposto.

DESENVOLVIMENTO

Uma nova estratégia de ensino que vem construindo situações que trazem o estudante de enfermagem a vivência do dia a dia profissional é a metodologia de ensino

simulação clínica (SILVA, 2020).

É uma metodologia inovadora que as universidades de enfermagem podem utilizar como método de ensino, pois promove grandes benefícios na construção de conhecimentos para a formação de enfermeiros (COSTA, 2017).

É uma estratégia de ensino que quando utilizada traz excelência no preparo e administração de medicamentos e mais segurança ao paciente, pois permite ao aluno o contato prévio com a prática (BESERRA, 2020).

São os cenários realísticos que trazem ao estudante uma experiência muito inovadora e permite o raciocínio clínico a respeito do preparo e administração de medicamentos (COSTA, 2017).

Quando não utiliza para o enfermeiro em formação a simulação clínica com o cenário de preparo e administração de medicação é como se fosse um gatilho para que ocorra um déficit na segurança do paciente (BASILE, 2019).

O hábito de realizar o ensino-aprendizagem em enfermagem através da repetição dos procedimentos e feedback do professor é uma das beneficências da simulação clínica (COSTA, 2017).

O preparo e a administração de medicamentos sem danos é um grande desafio na segurança do paciente, pois é uma prática que exige muito conhecimento e pensamento crítico (BASILE, 2019).

A simulação clínica é uma grande aliada na formação do profissional enfermeiro e tem trazido muito progresso no cuidado do paciente, no que diz respeito a segurança na administração de medicamentos (DOS REIS BELLAGUARDA, 2020).

O desenvolvimento da habilidade de preparo e administração de medicação para o enfermeiro é muito importante e é a simulação clínica que vai possibilitar esta aquisição de conhecimento através do cenário realístico (BESERRA, 2020).

Os erros no preparo e administração de medicamentos estão comumente associados a falta de prática e dificuldade no raciocínio clínico quando o enfermeiro está preparando a medicação (BASILE, 2019).

Quando traz ao estudante de enfermagem uma capacitação adequada, aprimorando habilidades, está proporcionando a este estudante qualidade no atendimento que irá prestar, reduzindo os danos ao paciente (SILVA, 2020).

A construção do conhecimento no ensino da enfermagem vem sofrendo grandes evoluções no decorrer dos anos e a simulação clínica vem evoluindo como grande aliada, é uma metodologia amplamente inovadora (COSTA, 2017).

O cenário realístico da simulação é para o graduando em enfermagem, uma estratégia de ensino que possibilita o desenvolvimento de habilidades e competências clínicas, trazendo assim mais segurança para o paciente (BESERRA, 2020).

Este módulo da simulação é muito mais eficaz, pois permite que o aluno desenvolva o pensamento reflexivo, sendo capaz de solucionar problemas (SILVA, 2020).

A prática do preparo e administração de medicamentos na simulação, traz aos estudantes a possibilidade de avaliar o seu desempenho, revendo os seus erros e faz também o estudante se sentir mais próximo da realidade (BESERRA, 2020).

Na portaria nº 529/2013º foi criada o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o intuito é descrever como cuidar do paciente com segurança e um dos temas é a administração de medicação (LLAPA-RODRIGUEZ, 2017).

Esta portaria traz como meta a diminuição em 50% dos danos causados em pacientes por medicações nos próximos cinco anos (COGO, 2019).

Para a formação do enfermeiro a simulação clínica é muito importante, pois possibilita que este profissional atue com competência na administração de medicamentos, trazendo mais segurança para o paciente (BESERRA, 2020).

Além do aprimoramento da prática, a simulação traz ainda para o aluno do curso de graduação em enfermagem, a possibilidade de desenvolver a comunicação efetiva entre o enfermeiro, a equipe e o paciente (DOS REIS BELLAGUARDA, 2020).

O preparo e a administração de medicamentos quando transmitidos aos alunos através da simulação clínica, trazem um processo bem dinâmico (COSTA, 2017).

Ao realizar a aprendizagem através do cenário realístico o aluno pode reproduzir a autenticidade da realidade (COSTA, 2017).

Ao utilizar a metodologia da simulação clínica no preparo e administração de medicamentos, logo se percebe a mudança de comportamento do aluno, no que diz respeito a redução de danos por erro de medicação (KANEKO, 2015).

Na simulação clínica os alunos do curso de enfermagem aprendem com os seus próprios erros, sem trazer danos ao paciente (DOS REIS BELLAGUARDA, 2020).

Quando o aluno do curso de graduação em enfermagem comete um erro na prática real, ele traz danos ao paciente que muitas vezes podem ser irreversíveis, ou causar até a morte do paciente (VALADARES, 2014).

A simulação clínica no preparo e administração de medicamentos, traz ao aluno do curso de enfermagem situações que acontecem comumente no seu cotidiano (DOS REIS BELLAGUARDA, 2020).

Quando o aluno do curso de graduação em enfermagem atua com mais segurança e competência, consequentemente ele promove qualidade no atendimento (DOS REIS BELLAGUARDA, 2020).

A simulação clínica traz ao aluno a oportunidade de repetir os procedimentos sem trazer danos ao paciente, bem como realizar a reflexão dos seus erros e acertos e ainda trocar experiências com seu grupo (COSTA, 2017).

Para que os profissionais de enfermagem atuem respeitando a segurança do paciente no âmbito de preparo e administração de medicação, é necessário que o seu ensino seja facilitado através da simulação clínica (SILVA, 2020).

Os erros de medicação estão entre os principais problemas citados pela Organização

Mundial da Saúde (OMS), erros estes que podem levar o paciente a danos irreversíveis e até a morte (BASILE, 2019).

Por isso, a OMS criou protocolos que podem ser utilizados nos cenários da simulação clínica, protocolos estes que visam uma abordagem assertiva e segura para o enfermeiro preparar e administrar medicamentos (LLAPA-RODRIGUEZ, 2017).

Podemos afirmar que a simulação clínica é uma metodologia que amplifica as experiências reais dos alunos graduandos em enfermagem e trazem o mundo real para os estudantes de maneira interativa (KANEKO, 2015).

O cenário de preparo e administração de medicação, traz ao aluno de enfermagem uma situação da vida real, proporcionando ao estudante uma valiosa experiência (VALADARES, 2014).

A aprendizagem através da simulação clínica é essencial para um atendimento de excelência, para a formação de profissionais qualificados e para reduzir os erros no preparo e administração de medicamentos (LIMA, 2019).

A falta de familiaridade com os equipamentos e materiais de preparo e administração de medicamentos, déficit de capacitação profissional e comunicação não assertiva, são os principais gatilhos para a erro de medicação (BASILE, 2019).

O preparo e a administração de medicação é um desafio para o estudante de enfermagem, prática esta que se torna muito mais segura quando ensinada através da metodologia de ensino, simulação clínica (LLAPA-RODRIGUEZ, 2017).

Na simulação o cenário clínico, permite reproduzir o cotidiano profissional de forma bem interativa, trazendo ao aluno a capacidade de desenvolver técnicas assertivas para não colocar em risco a segurança do paciente (LIMA, 2019).

Os erros no preparo e na administração dos medicamentos causam grandes impactos negativos nas instituições de saúde, pois podem aumentar os custos hospitalares e até causar a morte do paciente (BASILE, 2019).

O preparo e a administração de medicamentos é uma das principais atividades do profissional enfermeiro, por isso é muito importante o ensino com excelência, para garantir a segurança do paciente (LLAPA-RODRIGUEZ, 2017).

Quando se treina a prática da habilidade de preparo e administração de medicação do graduando em enfermagem direto ao paciente, traz ao estudante muita insegurança, podendo acarretar danos a segurança do paciente (BESERRA, 2020).

O Treino das habilidades, análise situacional e trabalho em equipe, são as competências que o aluno desenvolve com a simulação clínica (SILVA, 2020).

Pode-se perceber ainda grandes evoluções nas habilidades dos graduandos em enfermagem, como: comunicação efetiva, autoconfiança, raciocínio clínico e tomada de decisão (COSTA, 2017).

A simulação clínica em enfermagem traz ao aluno a capacidade de vivenciar situações reais, corrigir os seus erros e amadurecer as ideias no que diz respeito a tomada

de decisão (VALADARES, 2014).

Ainda coopera para o desenvolvimento das competências, habilidades e atitudes no que diz respeito a segurança do paciente (VALADARES, 2014).

Sendo assim, podemos considerar a simulação clínica como um método de ensino transformador e que prepara os estudantes de enfermagem para uma prática mais segura (COSTA, 2017).

Consequentemente, o graduando de enfermagem que atua com a prática segura, traz como competência o preparo e administração de medicação conforme solicita o programa nacional de segurança do paciente (LLAPA-RODRIGUEZ, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, as evidências científicas das bibliografias consultadas conseguiram descrever a importância da simulação clínica para o ensino do preparo e administração de medicação com segurança aos alunos do curso de graduação em enfermagem.

Quanto às vantagens da simulação clínica podemos considerar os seguintes benefícios: traz segurança para o aluno atuar em sua profissão, minimiza a chance de erros, treina o aluno para que realize o preparo e administração de medicação com segurança e qualifica os serviços prestados pelo profissional enfermeiro.

Desta forma foi identificado a importância da simulação clínica para o ensino do preparo e administração de medicamentos para os graduandos do curso de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BASILE, Lucília Canesin et al. Análise das ocorrências de incidentes relacionados aos medicamentos potencialmente perigosos dispensados em hospital de ensino. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180220, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983- 14472019000200405&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 fev. 2021. Epub 10-Jan-2019. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180220.

BESERRA, Eveline Pinheiro et al. Simulação realística em imunização: satisfação, autoconfiança e desempenho de estudantes de enfermagem. Rev. Rene, Fortaleza, v. 21, e44514, 2020. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522020000100365&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 jan. 2021. Epub 19-Out- 2020. http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20202144514.

COGO, Ana Luísa Petersen et al. Construção e desenvolvimento de cenários de simulação realística sobre a administração segura de medicamentos. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180175, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200801&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jan. 2021. Epub 10-Jan- 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180175.

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira et al. Percepção de estudantes da graduação em enfermagem sobre a simulação realística. Rev Cuid, Bucaramanga, v. 8, n. 3, p. 1799-1808, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216- 09732017000301799&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2021. http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.425.

DOS REIS BELLAGUARDA, Maria Lígia et al. Simulação realística como ferramenta de ensino na comunicação de situação crítica em cuidados paliativos. Esc. Anna Nery,, v. 24, n. 3, e20190271, 2020. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300211&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 fev. 2021. Epub 27-Abr- 2020. http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0271

KANEKO, Regina Mayumi Utiyama et al. Simulação in Situ, uma Metodologia de Treinamento Multidisciplinar para Identificar Oportunidades de Melhoria na Segurança do Paciente em uma Unidade de Alto Risco. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 286-293, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200286&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2021. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00242014.

LIMA, Daniel Souza et al. Simulação de incidente com múltiplas vítimas: treinando profissionais e ensinando universitários. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, e20192163, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912019000300153&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 fev. 2021. Epub 05-Ago- 2019. https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192163.

LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana Ofelia et al. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 38, n. 4, e2017-0029, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983- 14472017000400408&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 fev. 2021. Epub 21-Maio- 2018. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0029.

SILVA, Renan Pereira da et al. APLICABILIDADE DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIA EM INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS. Rev. baiana enferm., Salvador, v. 34, e34648, 2020. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178- 86502020000100306&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 jan. 2021. Epub 17-Jul-2020. http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.34648.

VALADARES, Alessandra Freire Medina; MAGRO, Marcia Cristina da Silva. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a simulação realística e o estágio curricular em cenário hospitalar. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 27, n. 2, p. 138- 143, Apr. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103- 21002014000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2021. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400025.

CAPÍTULO 6

ATENDIMENTO SIMULADO AO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 04/07/2022

Karina Mara Brandão Teles Barbosa Andrade
Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), curso de Enfermagem
Salvador, Bahia, Brasil

Mariana dos Santos Serqueira
Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), curso de Enfermagem
Salvador, Bahia, Brasil

Landra Grasiele Silva Saldanha
Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), curso de Enfermagem
Salvador, Bahia, Brasil

Claudenice Ferreira dos Santos
Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), curso de Enfermagem
Salvador, Bahia, Brasil

Danielle de Andrade Canavarro
Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), curso de Enfermagem
Salvador, Bahia, Brasil

RESUMO: Introdução: O uso da simulação realística no atendimento ao politraumatizado visa treinar e preparar os estudantes e profissionais de saúde, a fim de obter uma padronização do atendimento, interação da equipe e aperfeiçoamento da prática. Assim, evitar falhas no atendimento, à comunicação ineficaz e à demora de encaminhamento. O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos, de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas. **Objetivo:** Descrever a experiência da simulação realística no atendimento ao politraumatizado. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência com uso da metodologia de simulação realística, realizada no mês de junho de 2019, com discentes do curso de Enfermagem, do Centro Universitário Jorge Amado, Comércio, Noturno, na disciplina de Situações de Urgência e Emergência. **Resultados:** A simulação ocorreu no laboratório de enfermagem. Iniciou-se com duas transeuntes (caracterizadas por estudantes) que passavam pelo local que levaram o paciente (estudante caracterizada como paciente) até a unidade. O atendimento foi realizado conforme o protocolo do ATLS. Para representar as lesões do trauma fez uso da maquiagem no rosto, braço e em membro inferior direito (MID). **Considerações finais:** A simulação realística é uma ferramenta metodológica que proporcionou aprendizagem de forma lúdica e dinâmica, experiência prática baseada em evidência, através de maquiagem cênica no intuito de preparar os estudantes para o enfrentamento da realidade, principalmente em situação de emergência, onde os profissionais devem estar preparados para atender as mais variadas situações. Torna-se evidente a necessidade de ações educativas envolvendo a população, além da capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde e implantação/aprimoramento das políticas públicas nas emergências, que visem à prevenção de lesões secundárias e tratamento eficiente das não evitáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Trauma, Simulação

Realística, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A simulação realística é uma ferramenta metodológica que vem crescendo rapidamente no âmbito de formação da área de saúde, pois proporciona aos alunos a substituição de aulas teóricas por vivências reais, dando a possibilidade de visualizar os casos clínicos com uma abordagem mais ampla e dinâmica. (SILVA, *et al,* 2014)

Com isso a simulação realística proporciona a prática das habilidades em ambiente seguro permitindo um melhor aprendizado, aprimora as técnicas aprendidas na teoria, já que possibilitam a visualização de situações hipotéticas que simulam a realidade.

As vantagens: melhor treinamento para o estudante, melhor normas de cuidado para o paciente, avaliação mais objetiva, controle e identificação dos possíveis erros, respeito e preservação da autonomia. As desvantagens: auto investimento financeiro, estrutura física e capacitação de profissionais. (BARRETO,*et al*, 2016)

O uso da simulação realística no atendimento ao politraumatizado visa treinar e preparar os estudantes e profissionais de saúde, a fim de obter uma padronização do atendimento, interação da equipe e aperfeiçoamento da prática. Assim, evitar falhas no atendimento, à comunicação ineficaz e à demora de encaminhamento.

A reorganização da rede de serviços de saúde é extremamente relevante ao prover o melhor acesso nos serviços especializados de urgência/emergência, haja vista que a demanda de vítimas com traumatismos é desproporcional ao que o sistema comporta. (PESSOA *et al*, 2016)

O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas. (VIEIRA *et al*, 2011)

A morte pode ser classificada em evitável, potencialmente evitável ou não evitável. Morte não evitável ocorre quando a lesão é letal; morte potencialmente evitável é estabelecida por três critérios (lesão não letal, cuidado subótimo e erro no cuidado implicar direta ou indiretamente a morte); e morte evitável é aquela na qual um erro no cuidado claramente levou à morte. (SETTERVALL, *et al*, 2012)

No intuito de reduzir a mortalidade e as seqüelas decorrentes de traumas, através de uma assistência com uma abordagem normatizada e multidisciplinar ao paciente politraumatizado, são propostas diretrizes internacionais, como o Advanced Trauma Life Support® (ATLS®), Prehospital Trauma Life Support® (PHTLS®) e Advanced Trauma Care for Nurses® (ATCN®), para assegurar a abordagem sistematizada no atendimento à vítima com traumatismos. (ATLS, 2012; VIEIRA *et al*, 2011)

Segundo DATASUS, no Brasil em 2018, os ferimentos e lesões resultantes de acidentes de transporte foram responsáveis por 209.415 internações e 5.096óbitos. Fatores

como a industrialização, a alta tecnologia com aumento da velocidade dos veículos, as condições socioeconômicas e culturais contribuíram para o crescimento progressivo desse tipo de trauma. Motociclistas traumatizados por acidente de transporte representam (51%) de internações e (39%) de óbitos. As internações em caráter de urgência representam (71%), nesse grupo a faixa etária mais acometida foi de 20 a 29 anos com (33%) e 30 a 39 anos com (24%), o sexo masculino responde por (82%), a região com maior índice de foi o Sudeste com (38%), em segundo o Nordeste com (28%), a Bahia ficou em segundo com (25%) de vítimas com internações por traumatismos. (Fonte: DATASUS)

Ao analisar esses dados percebemos o grande impacto que os acidentes de trânsito causam na vida e saúde da população. Assim, a prevenção deve fazer parte da agenda de prioridades do campo da saúde. A importância de implantar campanhas de educação no trânsito com uso do capacete, cinto de segurança, não fazer uso de bebida alcoólica antes de conduzir, tem o objetivo de reduzir os casos de mortes e feridos em decorrência de acidentes no trânsito, bem como preparação e educação permanente dos profissionais de saúde ao prestar assistência em situações de emergência.

Com o objetivo de descrever a capacitação dos estudantes no atendimento ao paciente politraumatizado através da simulação realística. A fim de desenvolver raciocínio lógico, preparar de forma ativa e prática, onde todos interagem e trocam informações a cerca das aulas teóricas/práticas e abordagens técnicas, visando proporcionar ao paciente vitima de trauma os melhores recursos propedêuticos e terapêuticos em tempo hábil, baseada no protocolo ATLS que aborda o atendimento em Unidade de Pronto Atendimento ou Hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com uso da metodologia de Simulação realística, realizada no mês de junho de 2019, com estudantes do curso de Enfermagem, do Centro Universitário Jorge Amado, Comércio, Noturno, na disciplina de Situações de Urgência e Emergência. Para facilitar a comunicação entre as integrantes da equipe foi criado um grupo de WhatsApp, onde havia o compartilhamento de artigos e casos clínicos, além das reuniões presenciais com as integrantes do grupo, onde houve discussões de artigos a cerca da temática, busca de dados no DATASUS, e discussão sobre abordagem ao paciente politraumatizado e suas repercussões clínicas, planejamento das condutas, materiais, medicamentos, maquiagem cênica necessária e treinamento para explanação do seguinte caso clínico:

Caso clínico

Paciente, L.M.P, sexo masculino, 28 anos, após envolver-se em um acidente de moto é levado por transeuntes que estavam nas imediações, próximo ao Hospital. Testemunhas relatam que a moto estava em alta velocidade, saiu da pista e atingiu um poste. O paciente

foi encontrado a aproximadamente 7,5m de distância da moto, em decúbito ventral com a cabeça virada para direita e em uso de capacete.

Ao exame físico: moderadamente desorientado, mas responsivo a estímulos verbais, desconforto respiratório com aparente obstrução de vias aéreas, apresentando sinais de choque como: pele pálida, úmida, fria e pegajosa, enchimento capilar lentificado, cianose periférica, múltiplas lacerações em braço direito, refere dor em membro inferior direito onde apresenta visível deformidade em fêmur.

Sinais Vitais: PA: 110x70 mmHg, FC: 140bpm; FR: 40ipm; T: 36.4c°.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A simulação aconteceu no laboratório de enfermagem da faculdade, um ambiente seguro onde ocorrem as aulas práticas simulando o hospital. Iniciou-se com duas transeuntes (caracterizadas por estudantes) que passavam pelo local que levaram o paciente (estudante caracterizada como paciente) até a unidade. Para representar as lesões do trauma fez uso da maquiagem no rosto, braço e em membro inferior direito (MID). O atendimento foi realizado conforme o protocolo do ATLS:

Avaliação primária do caso clínico abordado

A. VIAS AÉREAS E COLUNA CERVICAL

Conforme literatura: Inicialmente, é avaliada a permeabilidade das vias aéreas superiores: a capacidade do paciente falar, a inspeção da cavidade oral, buscando possível obstrução da via aérea, queda de língua, presença de vômito, sangue, corpo estranho na cavidade oral, trauma bucomaxilofacial, a respiração tipo gasping. Inspeção e palpação da traquéia.

O Politrauma deve ter coluna cervical imobilizada até lesão raquimedular seja descartada, e imobilização com colar cervical.

Conforme caso clínico: Foi retirado o capacete, a imobilização manual seguida de imobilização com colar cervical, inspeção de vias aéreas e manobras para sua liberação: aspiração com aspirador ponta rígida, anteriorização do mento, manobras Chin Lift ou Jaw Thrust e posicionamento da cânula de Guedel. Foi avaliado a necessidade de cricotireoidostomia por ter risco de lesão facial. Inspeção e palpação da traquéia normais.

B. VENTILAÇÃO

Conforme literatura: Avaliação da ventilação se faz através da inspeção, percussão, palpação e ausculta do tórax. Buscar sinais diagnósticos de: pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, tórax instável, hemotórax maciço, enfisemas subcutâneos.

Conforme caso clínico: Melhora do padrão respiratório após manobras de anteriorização do mento e administração de oxigênio 15L/min em máscara não reinalante com reservatório. Realizada a exposição do tórax para aplicação das técnicas propedêuticas: inspeção, percussão, palpação e ausculta do tórax. Não foram encontradas alterações na

ventilação.

C. CIRCULAÇÃO

Conforme literatura: Deve ser considerado possível choque, como seqüência para exame deve-se realizar as técnicas propedêuticas de inspeção e palpação para identificar e tratar hemorragias em abdome, quadril e ossos longos; Avaliar pulso, coloração da pele e enchimento capilar. Puncionar acesso venoso único, jelcro18; Colher amostra de sangue para análise (prova cruzada, fator Rh, lactato, troponina, BHCG para mulheres jovens); Instalar monitorização. Reposição volêmica até 1 litro de cristalóide aquecido. A hemotransfusão pode ser indicada caso os parâmetros hemodinâmicos estejam instáveis.

Conforme caso clínico: Paciente apresentou sinais de choque como: pele pálida, úmida, fria e pegajosa, pulsos radiais bilateralmente fracos, cianose e enchimento capilar lentificado. Realizado a inspeção e palpação em busca de sangramentos no abdome, quadril e ossos longos. Encontrado e controlado fontes de sangramento externo em membro superior direito, mediante compressão. E deformidade em membro inferior direito, possível lesão em fêmur direito, realizado imobilização com posicionamento de talas; Puncionado um acesso periférico com jelcro18 em membro superior esquerdo; Coletado amostra de sangue para prova cruzada (fator Rh, lactato, troponina); Monitorização multiparamétrica. Reposição volêmica com ringer lactato aquecido. A hemotransfusão pode ser indicada caso os parâmetros hemodinâmicos continuem instáveis.

Sinais Vitais: PA110x70 mmHg, FC140bpm; FR40ipm; T 36.4c°.

D. EXAME NEUROLÓGICO

Conforme literatura: Avaliação neurológica através da Escala de Coma de Glasgow (ECG) e pupilas.

Conforme caso clínico: O paciente foi classificado com ECG 11(3,4,4), abertura ocular - com estímulo verbal, melhor resposta verbal - desorientado, melhor resposta motora – retirada; pupilas isocóricas e fotoreagentes.

E. EXPOSIÇÃO

Conforme literatura: Exposição e Controle da hipotermia. Remoção de toda vestimenta, com exposição do tórax e membros superiores para avaliação. Durante este momento é realizada a rolagem em bloco para facilitar a remoção das vestimentas e realização do exame do dorso, que compreende a inspeção e palpação. Posteriormente faz-se a limpeza e compressão de lesões e, por fim, o paciente é coberto com manta térmica para se prevenir a dispersão de calor.

Conforme caso clínico: Realizou para avaliação a exposição do tórax e membros superiores e a rolagem em bloco para facilitar a remoção das vestimentas e o exame do dorso, que compreende a inspeção e palpação. Posteriormente fez a limpeza e compressão de lesões, posicionamento de talas em membro inferior direito e, por fim, o paciente foi coberto com manta térmica para se prevenir a dispersão de calor.

Exames a nível primário

Para identificar condições que rapidamente podem piorar e que requerem tratamento imediato, ou lesões que requerem aprofundamento diagnóstico de segundo nível. Realizados exames de radiografia de tórax, pelve e membro inferiores, E-FAST, tomografia computadorizada do crânio, ressonância magnética da coluna.

Avaliação secundária

A anamnese não foi implantada, pois o paciente não estava cooperativo, e o mesmo não possuía acompanhantes. Caso estivesse responsivo seguiria o acrônimo SAMPLE: (S) - sinais vitais; (A) - alergias; (M) - medicamentos usados; (P) - passado mórbido; (L) - última refeição; (E) - eventos precedentes ao trauma e relacionados ao ambiente.

O exame físico foi conduzido de modo sistemático, em seqüência céfalo-caudal. Durante a avaliação secundária o paciente apresentou deterioração neurológica, com perda de um ponto na ECG 10 (3, 3, 4), pupilas anisocóricas, esquerda > que direita, sinal de Guaxinim, sinal de Battle e vômito em jato.

Foi classificado como TCE Moderado, devido a ECG 10, atentou-se para alterações de pressão arterial e da pressão intracraniana. Buscando a normalização dos sinais vitais através de sedação, intubação, ventilação mecânica, controle hídrico, elevação do tronco e administração de manitol (20g de manitol por 100mL de solução) , para reduzir edema.

Solicitado neurologista e ortopedista e encaminhamento do paciente para centro do trauma de unidade avançada após estabilização hemodinâmica. E acionado setor social para possível localização de familiares do paciente.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diante do exposto os problemas de enfermagem identificados foram: dor, dispnéia, desorientação, fratura de fêmur, pressão intracraniana elevada e taquicardia.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÃO
Dor aguda, relacionada à agente lesivo físico, evidenciado por mudanças no parâmetro fisiológico.	Controle da dor.	Promover conforto, posicionamento e imobilização; Administrar analgésico.
Negligência unilateral, relacionado à lesão cerebral (trauma), evidenciado por negligencia visual-espacial unilateral.	Controle da perfusão cerebral.	Avaliar o nível de consciência através da Escala de Coma de Glasgow.
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, relacionado à lesão cerebral, exemplo trauma.	Controle do edema cerebral e estado dos níveis vitais.	Monitoração da pressão intracraniana e pressão arterial; Administrar manitol; Manter cabeceira elevada a 30°.
Risco de choque, relacionado hipovolemia.	Detecção e controle do risco. Regulação hemodinâmica.	Redução de sangramento e administração de hemoderivados.

CONCLUSÃO

Concluímos que a simulação realística clínica proporcionou aprendizagem de forma lúdica e dinâmica, experiência prática baseada em evidência, através de maquiagem cênica onde é possível reproduzir lesões, sinais e sintomas patológicos, em um ambiente seguro treinando as condutas adequadas, desenvolver a percepção crítica e promover o engajamento, a interação de trabalho em equipe privilegiando ainda a qualidade e segurança do paciente.

Assim afirmamos que é de suma importância a implantação desta metodologia na docência, pois aproxima e prepara os estudantes para o enfrentamento da realidade, principalmente em situação de emergência, como na assistência prestada ao paciente politraumatizado, onde os profissionais devem estar preparados para atender as mais variadas situações.

Ficou evidente ainda que o trauma é uma doença evitável e para tanto, faz-se necessário investimentos em prevenção, para que deixem de ser um problema de saúde pública, assim fica evidente a necessidade de ações educativas envolvendo a população, além da capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde e implantação/ aprimoramento das políticas públicas nas emergências, que visem à prevenção de lesões secundárias e tratamento eficiente das não evitáveis.

REFERÊNCIAS

SILVA, R. S.; SANTOS, D. B. C.; PEREIRA, T.**A utilização da simulação realística como metodologia de ensino para o curso de graduação em enfermagem**. 11° ENFOPE, 2018. Disponível em: https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope/article/viewFile/8876/4107

BARRETO, G. D.; SILVA, K. G. N.; MOREIRA, S. S. C. R.; SILVA, T. S. S.; MAGRO, C. S. M. **Simulação realística como estratégia de Ensino para o curso de graduação em Enfermagem**: **revisão integrativa.** Revista Baiana de Enfermagem. 2014. Disponível em: https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope/article/view/8876

VIEIRA, CAS; MAFRA, A.A. ; ANDRADE, J.M.O. **Abordagem ao paciente politraumatizado: Protocolos clínicos.** Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, janeiro de 2011. Disponível em URL: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/ProtocolotraumaMG.pdf

PESSÔA, L. R.; SANTOS, I. S.;MACHADO, J.P.;MARTINS, A. C. M.; LIMA, C. R. A.**Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

SETTERVALL, C. H. C.; DOMINGUES, C. A.; SOUSA, R. M. C.; NOGUEIRA, L. S. **Mortes evitáveis em vítimas com traumatismos. Rev. Saúde Pública**, v.46,n.2,p.367-375,2012. Disponível em: https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/38255/S0034-89102012000200020.pdf?sequence=1

AGUIAR, E., SANTOS, F.,RODRIGUES, F. P., FERRAZ, F., BASTOS, V. S. **Avaliação de desempenho, ferramenta de apoio ao desenvolvimento profissional dos colaboradores nas empresas.** Revista Gestão em Foco, 2016. http://datasus.saude.gov.br/. Acesso em 17/05/2019.

Advanced Trauma Life SupportI - ATLS/Suporte Avançado de Vida no Trauma, Manual do curso de Alunos, 9° edição, Colégio Americano de Cirurgiões - Comitê de Trauma, Chicago, 2012.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: Definições e classificação 2015-2017. 10° edição. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CAPÍTULO 7

CENÁRIO SIMULADO: MANEJO DE RESÍDUOS DE LUVAS DE LÁTEX ENTRE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 29/05/2022

Adriana Aparecida Mendes
Enfermeira, Doutora em Ciências – Professora Assistente I, Universidade de Araraquara - UNIARA, Araraquara
São Paulo, Brasil
http://lattes.cnpq.br/3053178952283550
https://orcid.org/0000-0001-7239-748X

Rondinelli Donizetti Herculano
Físico, Livre-Docente em Engenharia de Biomateriais - Professor Adjunto, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP
Araraquara, São Paulo, Brasil
http://lattes.cnpq.br/5743408042753244
https://orcid.org/0000-0001-7236-0847

Artigo extraído do relatório de pesquisa de Pós-Doutorado intitulado “Luvas a base de látex: Manejo de resíduos”. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Campus de Araraquara, São Paulo, Brasil, 2020. Disponível em: https://www.fcfar.unesp.br/sistemas/pautas-online/dbo/core/classes/download.php?name=1596628322-0076.pdf&file=1596628322-0076.pdf

RESUMO: O objetivo desse estudo foi construir, validar e aplicar um cenário simulado sobre o manejo de resíduos de luvas de látex para a prática de habilidades de enfermagem e conhecer as etapas de manejo desses resíduos segundo as percepções dos graduandos de enfermagem. Trata-se de um estudo de campo de caráter exploratório e descritivo e de abordagem quantitativa, composto por cinco etapas: elaboração e validação do cenário, organização dos participantes, aplicação do pré-teste, cenário e pós-teste realizado com 27 graduandos de enfermagem matriculados no 4º ano que aceitaram participar após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados foram analisados por meio da estatística descritiva. Os resultados revelaram que os graduandos apresentam fragilidades no manejo dos resíduos das luvas de látex reconhecendo a necessidade de reforço sobre o conteúdo durante o processo de formação. Conclui-se que cenários simulados permitem interação do participante em diferentes tipos de situações que envolvam a segurança do profissional e paciente auxiliando na construção, fortalecimento do conhecimento e desenvolvimento de habilidades.

PALAVRAS-CHAVE: Equipamentos de Proteção; Látex; Resíduos de Serviços de Saúde; Enfermagem, Simulação.

SIMULATED SCENARIO: MANAGEMENT OF WASTE LATEX GLOVES BETWEEN NURSING STUDENTS

ABSTRACT: The objective of this study was to develop, validate and apply a simulated scenario on the management of waste latex gloves for the practice of nursing skills and to know the stages of managing this waste according to the perceptions of nursing students. This is an exploratory and descriptive field study with a quantitative approach, consisting of five stages:

development and validation of the scenario, organization of the participants, application of the pre-test, scenario and post-test carried out with 27 nursing students enrolled in the 4th year who agreed to participate after signing the Free and Informed Consent Form. The collected data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that the undergraduate students have weaknesses in the management of waste latex gloves and recognize the need to reinforce this content during the training process. It is concluded that simulated scenarios allow participant interaction in different types of situations in the context of care, helping to strengthen knowledge and to develop skills aimed at the safety of professionals, patients and the environment.
KEYWORDS: Personal Protective Equipment; Latex; Medical Waste; Nursing; Simulation Technique.

1 I INTRODUÇÃO

Entre os problemas relevantes de ordem ambiental se destacam os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), pois configuram uma problemática que afeta a saúde pública, assim como a segurança dos profissionais da saúde e de outros setores envolvidos no processo de manejo desses resíduos, destacando-se a importância do gerenciamento adequado (PEREIRA; NUNES; ANDRADE, 2021).

Frente a essa realidade para que ocorra o gerenciamento correto é necessário o cumprimento das determinações técnicas definidas pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 222 de 29 de março de 2018 (RDC 222/2018) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em todos os estabelecimentos de assistência à saúde, que classifica os resíduos em cinco Grupos, sendo: Grupo A biológico; Grupo B: químicos; Grupo C: rejeitos radioativos; Grupo D: comuns e Grupo E: perfurocortantes (BRASIL, 2018).

Ressalta-se que os profissionais da saúde, com destaque para o enfermeiro e sua equipe estão em constante contato com os diferentes grupos de resíduos que são gerados durante as práticas assistenciais. Entre os resíduos produzidos pontua-se a geração de luvas de látex, pois é classificada como Equipamento de Proteção Individual (EPI) indispensável, oferecendo proteção em situações de exposição aos riscos durante as práticas laborais, segundo determina a Norma Regulamentadora 6 (NR 6) (BRASIL, 2010).

Entre os tipos de luvas disponíveis há estéril destinada a procedimentos realizados com técnicas assépticas encontradas nas opções em matéria prima de látex natural, ou resultante da junção entre látex natural e sintético, e também a alternativa em vinil. Quanto as luvas utilizadas em procedimentos que não precisam de técnica asséptica as opões disponíveis são em látex natural, ou borracha sintética e Policloreto de Vinila. Destaca-se que todos esses tipos de luvas são de uso único, o que define o descarte imediatamente após a utilização (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2016).

Portanto, é necessário que o conhecimento sobre o manejo desse resíduo seja adquirido no processo de formação do graduando de enfermagem visando aplicar em sua rotina os conhecimentos adquiridos com a finalidade do descarte ambientalmente correto

das luvas de látex segundo determina a Resolução vigente, cumprindo as etapas de segregação, acondicionamento e identificação; coleta e transporte interno; armazenamento interno, temporário e externo; coleta e transporte externos; destinação; e, disposição final (BRASIL, 2018).

Ressalta-se que para o desenvolvimento desse tipo de habilidade é possível trabalhar o manejo dos resíduos em cenário simulado, pois permite estruturar o conteúdo pretendido em cenas próximas da realidade proporcionando ao participante a oportunidade de vivenciar essas experiências (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2020).

Portanto, a questão norteadora para essa pesquisa foi sobre qual a relevância da utilização da simulação realística no ensino do manejo de resíduos das luvas de látex? Assim, o objetivo dessa pesquisa foi construir, validar e aplicar um cenário simulado sobre o manejo de resíduos de luvas de látex para a prática de habilidades de enfermagem e conhecer as etapas de manejo desses resíduos de acordo com a RDC 222/2018 da Anvisa segundo as percepções dos graduandos de enfermagem.

2 | MÉTODO

Pesquisa de campo de caráter exploratório e descritivo de abordagem quantitativa. Foram convidados participar dessa pesquisa os 33 (100%) dos graduandos de enfermagem do 4º ano de uma Instituição de Ensino Superior privada, localizada no estado de São Paulo, sendo critérios de inclusão estar regulamente matriculado nesse período e aceitar participar do estudo e exclusão foi considerado não estar matriculado no período selecionado e recusa.

Essa pesquisa foi realizada em cinco etapas, sendo a primeira composta pela elaboração e validação de um cenário simulado sobre manejo de resíduos de luvas de látex utilizando como referência modelo validado em estudo de Eduardo et al. (2016) e norteada pela RDC 222/2018 (BRASIL, 2018).

Esse cenário foi encaminhado para três especialistas com formação em enfermagem, docentes em Universidades, sendo duas com doutorado e uma doutoranda, todas com experiência na área de simulação para a análise e validação de conteúdo, com avaliação criteriosa das informações pautadas na clareza, facilidade de compreensão e abrangência do conteúdo. A avaliação do especialista foi registrada em um roteiro adaptado de *Checklist* validado (PERGOLA, 2009; PEDERSOLI, 2013), sendo obtido o retorno das avaliações entre os meses de setembro e dezembro de 2019.

Após o retorno das avaliações, essas foram analisadas pela pesquisadora, considerando os apontamentos pertinentes e relevantes quanto aos itens avaliados no cenário simulado (Quadro 1).

Responsável	Pesquisadora
Público alvo	Graduandos do 4º Ano de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior privada.
Objetivo	Espera-se que ao final da simulação os graduandos compreendam sobre o manejo adequado das luvas de látex, de acordo com as recomendações da RDC 222/2018 da ANVISA.
Ações esperadas	Cena 1: - Higienização das mãos; - Colocação de EPI. Cena 2: - Os graduandos realizarão o descarte das luvas a base de látex de acordo com as orientações descritas na RDC 222/2018 da ANVISA. Cena 3: - Os graduandos realizarão o descarte dessas luvas em saco de cor branca, leitoso, identificado com símbolo de infectante de acordo com as orientações descritas na RDC 222/2018 da ANVISA. Cena 4: - Os graduandos realizarão o descarte desse Grupo de resíduos em saco de cor preta de acordo com as orientações descritas na RDC 222/2018 da ANVISA.
Local	Laboratório de Enfermagem da Instituição de Ensino Superior selecionada.
Equipe necessária	Grupo de participantes com número máximo de cinco graduandos.
Simulador	Simulador de baixa fidelidade.
Características do paciente	Gênero masculino, hospitalizado a 30 dias, submetido a procedimentos cirúrgicos e invasivos, recebeu alta após o término do tratamento em ambiente hospitalar.
Materiais necessários	Leito hospitalar, mesa de cabeceira, suporte para frascos, dreno de tórax com frasco coletor, dreno de Penrose, material de curativo, cateter venoso periférico, cateter vesical de demora com bolsa coletora, sonda Nasoenteral, frasco coletor de secreções, tubo de látex, embalagens, luvas de látex de procedimento e luvas cirúrgica, bandeja de inox, óculos de proteção, avental descartável, máscara cirúrgica, geleia comestível incolor, corante para alimento e lixeiras destinadas ao descarte de resíduos dos Grupos A e D.
Participantes da simulação	Graduandos de enfermagem matriculados no 4º Ano (organizados em número de 1 - 5).
Caso clínico	Paciente masculino de 67 anos recebeu alta da unidade de internação hospitalar, local em que permaneceu internado em período de 30 dias após acidente automobilístico com trauma em tórax e abdome, sendo necessária intervenção cirúrgica. Após o período citado paciente recebe avaliação médica e remoção dos drenos de tórax à direita e de Penrose localizado no quadrante abdominal inferior esquerdo, recebe alta hospitalar e para segmento no processo de alta para domicílio são realizados os seguintes cuidados de enfermagem: verificação de sinais vitais, auxílio em banho de aspersão e curativo no local da retirada do dreno de tórax e de Penrose. Também, foram removidos o cateter venoso periférico em membro superior esquerdo, o cateter vesical de demora e a sonda Nasoenteral. Oferecida dieta via oral pastosa com auxílio. Após a alta, foi recolhido da régua de gazes o Kit de aspiração composto por frascos de pressão negativa e coletor de secreções conectados ao tubo de látex. Sobre a mesa auxiliar foram removidas embalagens de materiais. Para esses procedimentos foram utilizados Equipamentos de Proteção Individual, sendo eles: a máscara cirúrgica, os óculos de proteção, o avental descartável e as luvas de procedimento. Para os curativos na ausência de pinças e tesoura foram utilizadas luvas estéreis.

Quadro 1 – Estrutura do cenário simulado sobre manejo de resíduos de luvas de látex, aplicado aos graduandos de enfermagem em uma Instituição de Ensino Superior privada no interior de São Paulo, Brasil, 2020.

Fonte: Modelo adaptado (EDUARDO et al., 2016).

O cenário simulado validado foi disponibilizado no laboratório de atividades práticas de enfermagem da instituição selecionada, em dias e horários previamente acordados com a coordenadora do curso, nos períodos manhã, tarde e noite.

Na segunda etapa os graduandos que aceitaram participar do estudo, foram organizados em grupos com número máximo de cinco, sendo quatro grupos com cinco participantes, um com quatro e um com três, que após esclarecimentos necessários sobre a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nessa etapa como avaliação diagnóstica o graduando respondeu a um instrumento de coleta de dados intitulado pré-teste, composto por dados de identificação, questões estruturadas e semiestruturadas que abordam conhecimento sobre manejo de resíduos de luvas de látex, elaboradas de acordo com a RDC 222/2018 (BRASIL, 2018).

Referente a terceira etapa os participantes atuaram no cenário simulado, desenvolvendo atividades relacionadas a prática de manejo de resíduos de luvas de látex, segundo a RDC 222/2018 (BRASIL, 2018), com a finalidade de verificar o nível de compreensão sobre o manejo desse resíduo segundo as ações esperadas, sendo o desempenho avaliado pela pesquisadora.

Ao final da atividade foi realizada a quarta etapa denominada *debriefing,* segundo a proposta que orienta seguir cinco estágios: emocional, descritivo, avaliativo, analítico e conclusivo, com a finalidade de discussão referente a participação no cenário (GIBBS, 1988).

Na quinta etapa o graduando respondeu o instrumento de avaliação denominado pós-teste, contendo as mesmas informações do pré-teste com o objetivo de avaliação somativa sobre o conhecimento adquirido após a participação no cenário simulado.

Os dados da pesquisa obtidos no pré-teste, cenário simulado e pós-teste foram registrados em banco de dados em planilha do *Excel* com dupla digitação para validação das informações. Todos os resultados foram analisados com referência nos objetivos elencados, sendo os dados quantitativos processados no programa *IBM SPSS Statistics* versão 25 e posteriormente analisados por meio da estatística descritiva, que visa descrever e sintetizar os dados obtidos por meio do cálculo de médias e porcentagens que são utilizados como referência para melhor compreensão do fenômeno estudado (POLIT; BECK, 2019).

Ressalta-se que foram atendidos os aspectos éticos da pesquisa segundo determinações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e a coleta dos dados foi realizada após aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 3.342.963/2019 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 10069019.7.0000.5383.

3 | RESULTADOS

Os dados foram coletados no mês de fevereiro de 2020. Dos 100% (33) graduandos

de enfermagem que atenderam aos critérios de inclusão, (81,80%) (27) aceitaram participar, sendo11,10% (3) do gênero masculino e 88,90% (24) feminino, com idade média de 26,5 anos.

Dos seis grupos que atuaram no cenário simulado, se destacam na Cena 1: em relação ao uso dos EPI 100% (6) dos grupos cumpriram parcialmente as ações esperadas, ou seja o uso de EPI disponíveis, com a maior frequência de adesão em relação ao uso de luvas antes de ter acesso ao cenário; na Cena 2: 66,70% (4) realizaram todas as atividades propostas e 33,30% (2) parcialmente; quanto a Cena 3: 100% (6) cumpriram as ações esperadas; e, na Cena 4: 50,00% (3) realizaram as práticas determinadas, 33,30% (2) parcialmente e 16,7% (1) a ações foram incorretas. O tempo médio de cada grupo nessa etapa foi de 12 minutos e 2 segundos.

Durante o *debrienfing*, no estágio emocional foi relatado pelos participantes ansiedade no momento que antecedia o acesso ao cenário, sendo amenizado após orientações com esclarecimento de dúvidas. Quanto ao estágio descritivo os graduandos mencionaram que se sentem mais seguros descartando as luvas somente no recipiente saco branco com símbolo de infectante destinado aos resíduos do Grupo A: biológicos.

No estágio avaliativo os participantes revelaram que a prática em cenário simulado foi importante, pois permitiu rever fragilidades no conhecimento previamente adquirido, porém necessitam ser melhor trabalhadas. Outro fato citado foi referente ao reforço sobre a importância em usar os EPI em todas as situações, visando a proteção do profissional e paciente. Nos resultados referentes ao estágio analítico, os graduandos informaram que se houvesse possibilidade de retorno ao cenário utilizariam todos os EPI disponibilizados, sendo avental descartável, óculos de proteção, luvas descartáveis e máscara cirúrgica.

Quanto ao estágio conclusivo relataram que a experiência foi positiva e que levarão o aprendizado para a prática profissional, apontando como necessário o treinamento dos profissionais de enfermagem para o descarte correto das luvas de látex como forma de proteger o ambiente de possíveis exposições desnecessárias.

Ainda, citaram que se sentiram confortáveis no cenário, pois o conteúdo referente ao tema proposto foi discutido em vários momentos durante o seu processo de formação, como conteúdo integrante dos planos de ensino das disciplinas específicas da profissão.

Quanto aos instrumentos aplicados, os graduandos foram questionados no pré-teste se já ouviram falar sobre resíduos, sendo respostas afirmativas apontadas por 96,30% (26) e 3,70% (1) não soube informar. No pós-teste 100% (27) responderam afirmativamente.

Em relação ao meio em que recebeu a informação sobre resíduos, foram registradas uma ou mais respostas, sendo no pré-teste 85,19% (23) citaram que ocorreu durante sua formação profissional e 40,70% (11) no pós-teste. O local de trabalho foi citado respectivamente no pré e pós-teste por 11,11% (3) e 7,40% (2); bem como a alternativa outros que foi assinalada por 3,70% (1) participante no pré-teste e 55,60% (15) no pós-teste.

Outro dado registrado foi em relação ao conhecimento sobre a resolução que orienta o gerenciamento dos RSS afirmada por 100% (27) dos graduandos no pré e pós-teste, porém quando questionados sobre qual a Resolução vigente no país, no pré e pós-teste respectivamente informaram corretamente apenas 62,97% (17) e 77,80% (21), incorretamente 33,33% (9) e 18,50% (5) e não foi informado respectivamente por 3,70% (1).

Entre as respostas dos graduandos referentes aos resíduos do Grupo A - biológicos, no pré e pós-teste mencionaram corretamente 96,30% (26) e 100% (27), sendo apontados: luvas de procedimento, equipo de soro usado, EPI descartável, fraldas descartáveis com conteúdo biológico, curativos usados, gazes com sujidade, fluídos corporais, sondas, drenos, materiais com resíduos biológicos, peças anatômicas, sangue, secreção e cateter vesical. Porém, no pré-teste 3,70% (1) não informou.

Destaca-se que referente aos resíduos do Grupo D - comuns, 100% (27) dos graduandos citaram corretamente no pré e pós-teste, sendo: papeis, embalagens, recipientes de produtos não infectantes, não contaminantes, restos de alimentos, material de escritório, fralda sem sangue, papelaria, luvas de procedimento sem sujidade e papel toalha.

Na questão em que foi abordado o conhecimento sobre as etapas de manejo dos RSS no pré-teste 96,30% (26) informaram conhecimento e 3,70% (1) não informou. No pós-teste responderam afirmativamente 92,60% (25) e não foi informado por 7,40% (2).

Referente as respostas obtidas sobre as etapas de manejo dos RSS, na etapa segregação, acondicionamento e identificação no pré e pós-teste se mantiveram iguais, sendo 92,60% (25) que responderam afirmativamente e 7,40% (2) não souberam informar. Na etapa destinação 96,30% (26) registraram corretamente no pré e pós-teste, 3,70% (1) não soube informar.

Quanto à informação descarte correto das luvas de procedimento após uso com presença de sangue, no pré e pós-teste 100% (27) responderam corretamente e sem sujidade aparente no pré e pós-teste 44,45% (12) e 81,50% (22) registraram assertivamente, 51,85% (14) e 18,50% (5) errado e 3,70 (1) não informado, conforme descrito no Quadro 2.

Assinalar o recipiente para descarte adequado das luvas de látex de acordo com as características apresentadas segundo a Resolução 222/2018 da ANVISA.	**Certo**		**Errado**		**Não sabe informar**		**Não informado**	
	Pré-teste %	Pós-teste %	Pré-teste %	Pós-teste %	Pré-teste %	Pós-teste %	Pré-teste %	Pós-teste %
Luvas de procedimento com sangue.	100	100						
Luvas de procedimento com secreções, excreções.	96,30	100					3,70	
Luvas de procedimento sem sujidade aparente.	44,45	81,50	51,85	18,5			3,70	
Luvas cirúrgica com sangue.	96,30	100					3,70	
Luvas cirúrgica com secreções, excreções.	96,30	100					3,70	
Luvas cirúrgica sem sujidade aparente.	37,00	55,60	59,30	44,4			3,70	

Quadro 2: Informação sobre o conhecimento relacionado ao descarte de luvas de látex segundo a RDC222/2018 de acordo com os graduandos de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior privada, no estado de São Paulo, Brasil, 2020.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Observou-se no pós-teste, após atuação no cenário simulado que os acertos foram sinalizados com maior frequência, a porcentagem do item não informado se mantém, fato que desperta a necessidade de outras intervenções nesse contexto com a finalidade de resgatar possíveis lacunas nesse conhecimento.

4 I DISCUSSÃO

Destaca-se que a validação de conteúdo proposto para um instrumento é considerada como processo metodológico que tem a finalidade de avaliar detalhadamente a situação que deverá ser pesquisada, fortalecendo o alcance dos objetivos elencados, sendo essencial esse tipo de prática antes da utilização do instrumento proposto (EDUARDO et al., 2016; GUIMARÃES; HADDAD; MARTINS, 2015).

Nessa pesquisa em cada cena elaborada o participante deveria avaliar as situações apresentadas para proceder o descarte correto das luvas, esperando-se seguir as determinações da RDC 222/20218 para o descarte correto (BRASIL, 2018). Porém, observou-se fragilidades no manejo desses resíduos, pois houve dificuldade na escolha do recipiente adequado para o descarte.

Ressalta-se que nas cenas 2, 3 e 4, em que se esperava o descarte das luvas de látex de acordo com a orientações da RDC222/2018 foram cumpridas parcialmente (BRASIL, 2018), inclusive desperta atenção para a ausência da menção em higienizar as mãos antes e após atuação no cenário, pois é considerada prática indispensável no contexto do cuidado. De acordo com as diretrizes da Norma Regulamentadora 32 (NR32)

direcionadas à proteção e segurança dos profissionais da saúde, a higienização das mãos deve ocorrer sempre antes e após o uso de luvas, não sendo permitida a substituição dessa prática pelo uso exclusivo das luvas (BRASIL, 2018; BRASIL, 2005).

Entretanto, a atual resolução apresenta como diferencial em relação às luvas que o descarte em recipiente reservado aos resíduos do Grupo A: biológicos, ocorra somente em situações que apresentem algum tipo de fluído corporal e no Grupo D: comum, quando não há sujidade aparente (BRASIL, 2018).

Destaca-se que instrumentos validados são considerados elementos importantes no processo de analisar mudanças nas práticas de enfermagem (GONZAGA et al., 2022), como se observa na resolução vigente no país (BRASIL, 2018). Assim, frente ao aumento das novas demandas da sociedade no cenário do cuidado, observa-se a utilização de novas estratégias no ensino da enfermagem como forma de capacitar os graduandos para atender as necessidades apresentadas, utilizando entre as estratégias de ensino aprendizagem para essa demanda a prática da simulação realística (LEON et al., 2018).

Pontua-se que a ausência de informações sobre a resolução vigente pode comprometer o descarte correto dos RSS, entre eles as luvas, colocando em risco a comunidade, paciente e ambiente (BRASIL, 2018). Portanto, é necessário agregar os problemas ambientais nas políticas de saúde incorporados as finalidades da saúde ambiental, ressaltando nesse contexto as atribuições do enfermeiro em suas práticas assistenciais, pois precisa estar provido de conhecimento suficiente para atender as demandas da sociedade e ambiente (SOUZA; ANDRADE; SILVA, 2021).

Observou-se no pré e pós-teste que nos resíduos do Grupo D - comuns foi citada a possibilidade do descarte da luva de látex sem sujidade aparente, em conformidade com as determinações da RDC222/2018, contribuindo para a disposição final ambientalmente correta desse resíduo. Reforçando a importância de explorar esse conteúdo durante o processo de formação dos graduandos de enfermagem (BRASIL, 2018).

Destaca-se que o conhecimento do graduando sobre os diferentes grupos de resíduos, em destaque o A e D tem a finalidade de auxiliar na escolha correta do recipiente para o descarte das luvas minimizando riscos de destinação final inadequada. De acordo com a RDC 222/2018 a etapa segregação é a mais importante, pois os resíduos gerados devem ser separados de acordo com o Grupo que pertencem, pois quando não é realizada corretamente compromete todas as outras etapas e consequentemente a destinação final correta (BRASIL, 2018).

Quanto ao manejo correto dos resíduos gerados, é relevante a conscientização do profissional atuante no serviço de saúde frente as suas responsabilidades em manter postura de participação e envolvimento efetivos nesse processo (PEREIRA; NUNES; ANDRADE, 2021). Portanto, o cumprimento das etapas segundo a RDC222/2018 reduz a possibilidade de exposição da comunidade e ambiente (BRASIL, 2018).

Neste contexto aponta-se como alternativa a possibilidade do uso da simulação

realística como proposta para o aprendizado do descarte correto das luvas de látex. Segundo revelou resultados de estudo de revisão integrativa, a prática da simulação realística no processo ensino aprendizagem em enfermagem representa um instrumento eficaz para o desenvolvimento de habilidades, raciocínio clínico e segurança, auxiliando na fixação do conhecimento, sendo essencial que ocorra um planejamento prévio estruturado teoricamente para alcance dos objetivos propostos (DOMINGUES; ALMEIDA; SILVA, 2021).

Destaca-se que essas novas propostas de ensino aprendizagem na graduação em enfermagem contribuem para a construção do conhecimento, aprimorando atitudes de liderança desses profissionais (LINS; BALSANELLI; NEVES, 2018).

5 I CONCLUSÃO

Os resultados revelaram que utilizar cenários simulados previamente validados fortalecem os conteúdos propostos minimizando lacunas nos resultados obtidos, podendo ser aplicado em situações diversas no contexto assistencial, sendo que nessa pesquisa o objeto de estudo foi o manejo de resíduos de luvas de látex nas práticas cotidianas do graduando de enfermagem, pois entre suas atribuições profissionais se destaca a responsabilidade em gerenciar, orientar e treinar sua equipe para o manejo adequado desse resíduo.

Observou-se a interação positiva dos graduandos no cenário proposto, sempre atentos ao descarte correto das luvas de látex.

Neste estudo entre as limitações aponta-se o reduzido número de publicações sobre o tema do manejo de resíduos em cenário simulado, assim como a ausência da participação de graduandos de outras séries que já tiveram contato com os resíduos, tais como segunda e terceira série, fato que poderia contribuir para o fortalecimento dos resultados obtidos.

Portanto, sugere-se que estudos futuros sobre manejo de RSS em cenários simulados ainda pouco explorados sejam realizados visando a segurança do paciente, profissional, ambiente e meio ambiente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005.** Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). 2005. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_485.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria SIT nº 194, de 07 de dezembro de 2010.** Aprova o texto da Norma Regulamentadora nº 6 do Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-06.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

BRASIL Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 222, de 28 de março de 2018. **Regulamenta as boas práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem**. 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-de-Simula%C3%A7%C3%A3o-Cl%C3%ADnica-para-Profissionais-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

DOMINGUES, I; ALMEIDA, C.L; SILVA, D.A. Contribuições da simulação realística no ensino-aprendizagem da enfermagem: revisão integrativa. **Research, Society and Development.** n.10, v.2, p:1-9 e5571021284, 2021. doi: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12841

EDUARDO, A.H.A.; et al. Scenario for a simulation of health services' waste: a methodological study. **Online braz j nurs**. n.15, v.4, p:611-6, 2016. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5672/pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

GIBBS, G. **Learning by doing: a guide to teaching and learning methods**. Further Education Unit: Oxford Polytechnic; 1988. Disponível em: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

GONZAGA, M.H.H.P.O.A.; et al. Validity of an instrument on Nursing care for people with chronic wounds. **Rev Rene.** n.23:e71367, p:1-9, 2022. doi: https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222371367

GUIMARÃES, P.V.; HADDAD, M.C.L.; MARTINS, E.A.P. Instrument validation for assessing critically ill patients on mechanical ventilation according to the ABCDE. **Rev. Eletr. Enf.** n.17, v.1, p43-50, 2015. doi: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.23178

LEON, C.G.R.M.P. et al. Development and validation of clinical cases to be used in maternal-child nursing education. **Revista de Enfermagem Referência.** sérieIV, n.18, p:51-67, 2018. doi: https://doi.org/10.12707/RIV18013

LINS, M.L.; BALSANELLI, A.P.; NEVES, V.R. Leadership teaching strategies in undergraduate nursing courses. **Rev Rene.** n.19:e3226, 2018. doi: 10.15253/2175-6783.2018193226

PEDERSOLI, C.E. **Desempenho dos estudantes de enfermagem na inserção do dispositivo supraglótico (máscara laríngea): um estudo randomizado e controlado em manequins.** 2013. (Tese) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

PERGOLA, A.M. **Capacitação obrigatória em primeiros socorros.** 2009. (Dissertação Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2009. doi: https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2009.467353

PEREIRA, L.R.; NUNES, J.F.; ANDRADE, R.D. Resíduos de serviços de saúde: uma reflexão sobre seu gerenciamento e os riscos associados**. Brazilian Journal of Health Review.** n.4, v.3, p:9988-99, 2021. doi: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-034

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Infecção Hospitalar**. Recomendações sobre o uso de luvas em serviços de saúde**. 2016. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/infeccao-hospitalar/bmr/doc/ih16_bmr_uso_luvas.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

SOUZA, C.L.; ANDRADE, C.S.; SILVA, E.S. Discussion of the environment in undergraduate nursing training. **Rev enferm Uerj.** n.25:e16574, p:1-6, 2017. doi: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.16574

CAPÍTULO 8

A IMPORTÂNCIA DA LAVAGEM DAS MÃOS PARA O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 04/07/2022

Marceli Diana Helfenstein Albeirice da Rocha
Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT)
Araguaína (TO)
http://lattes.cnpq.br/5407976728828025
https:// orcid.org/0000-0002-0905-4801

Jessé Alves da Cunha
Acadêmico da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)
Tubarão (SC)
http://lattes.cnpq.br/6942531260157665
https://orcid.org/0000-0001-7282-500X

Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante
Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins
Araguaína (TO)
http://lattes.cnpq.br/7471513189576639
https://orcid.org/0000-0003-0602-7282

Raimunda Maria Ferreira de Almeida
Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT)
Araguaína (TO)
http://lattes.cnpq.br/2129504323670004
https://orcid.org/0000-0002-6970-313X

RESUMO: A higienização das mãos constitui-se, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Objetivou-se, com este artigo, analisar as evidências científicas sobre o conhecimento e a prática da técnica da lavagem das mãos pela equipe de enfermagem para o controle de infecção. Definiu-se a seguinte questão norteadora: Como as pesquisas científicas em relação à lavagem das mãos pela equipe de enfermagem poderão contribuir para evitar a transmissão de infecções? Realizou-se uma Revisão Integrativa de Literatura nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic library Online) e BDENF (Base de Dados da Enfermagem), utilizando os descritores *enfermagem*, *infecção hospitalar* e *lavagem das mãos*, perfazendo uma amostra de dezessete artigos completos publicados entre 2005 e 2014. Na análise de dados emergiram três categorias, quais sejam: 1. Visão geral sobre a importância da higienização das mãos; 2. Desconhecimento da técnica; e 3. Importância das práticas lúdicas. Em complemento à última categoria de análise, a pesquisa trouxe uma contribuição prática através da implantação de um instrumento lúdico denominado "lavômetro", sendo uma forma de incentivo à prática de lavagem das mãos e de combate à proliferação da infecção hospitalar. Entende-se que, apesar da evolução constante, das mudanças indispensáveis e da introdução de novas tecnologias, essa prática continua sendo uma medida primária no controle da disseminação de micro-organismos.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Lavagem das Mãos. Infecção Hospitalar.

THE IMPORTANCE OF HAND WASHING FOR HOSPITAL INFECTION CONTROL: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Hand hygiene alone constitutes the most important action for the prevention

and control of nosocomial infections. The objective of this article is to examine the scientific evidences on the knowledge and practice of the hand washing technique by the nursing team for infection control. The following guiding question was defined: How can scientific research in relation to hand washing by the nursing team contribute to prevent disease transmission? An Integrative Literature Review was carried out in the LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and BDENF (Nursing Database), using the descriptors *nursing*, *hospital infection* and *hand washing*, totalizing seventeen complete articles published between 2005 and 2014. In the data analysis, three categories emerged, namely: 1. Overview of the importance of hand hygiene 2. Ignorance of the technique; and 3. Importance of playful practices. In addition to the last category of analysis, the research made a practical contribution by the implementation of a playful instrument called "lavômetro", being a way of encouraging the practice of hand washing and combating the proliferation of hospital infection. It is understood that, despite constant evolution, indispensable changes and the introduction of new technologies, this practice remains a primary measure in controlling the spread of microorganisms.
KEYWORDS: Nursing; hand washing; hospital infection.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas instituições de saúde tem surgido em âmbito global. O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório do *Institute of Medicine* dos EUA que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde daquele país. Desde então a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem demonstrado sua preocupação com a segurança do paciente e adotou esta questão como tema de alta prioridade na agenda de políticas dos seus países membros a partir do ano 2000 (SILVA, 2010).

Em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), propôs o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, denominado *Cuidado limpo é cuidado mais seguro*, tendo como um dos seus principais objetivos o aprimoramento de práticas de higienização das mãos (HM), visando prevenir infecções e promover a segurança dos pacientes e dos profissionais (BELELA-ANACLETO, 2013).

Souza et al (2013) afirmam que a higienização das mãos é reconhecida pelos profissionais como prática simples e importante na prevenção e controle das infecções associadas à saúde. Essa prática adequada tem sua eficácia comprovada sendo se necessário a adesão permanente desses profissionais. O controle das infecções hospitalares através do método de profilaxia depende da conscientização dos profissionais e, por esse motivo, precisa ser incentivado para que a prática diária seja mantida e, embora a HM constitua a medida mais eficaz na prevenção da transmissão de microrganismos patogênicos, os estudos evidenciam que a adesão ao procedimento pela equipe

multidisciplinar é insatisfatória (BELELA-ANACLETO, 2013).

Por meio desta pesquisa pretende-se entender de que forma as pesquisas científicas relacionadas à lavagem das mãos podem contribuir para evitar a transmissão de infecções e garantir a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa, de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Os critérios de inclusão usados para a seleção dos artigos foram: artigos completos; publicados em português e espanhol; no período de 2005 a 2014. Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes descritores padronizados pelos DeSC (Descritores em Ciências da Saúde): infecção hospitalar, antissepsia e lavagem das mãos. A busca foi realizada na Scientific Electronic library Online - SCIELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, e na BDENF - Base de Dados da Enfermagem. Foram encontrados 292 artigos e, destes, selecionados 12 que atingiram os critérios de inclusão e demonstrados na Tabela 1, abaixo.

PROCEDÊNCIA	TÍTULO	ANO	AUTORES
LILACS	Conocimiento Actitudes Y Prácticas Del Personal de Salud Relacionados com el Lavado de Manos Clínicos em uma Unidad de Cuidados Intensivos	2014	VITA, Violeta; et al.
BDENF	Acessibilidade da Estrutura Física Hospitalar para Prática da Higienização das Mãos	2013	PRADO, Maria Fernanda, et al.
LILACS	Qualidade da Higienização das Mãos de Profissionais Atuantes em Unidades Básicas de Saúde.	2013	LOCKS, Lindsay; et al.
LILACS	Adesão da equipe de enfermagem à higienização das mãos: fatores motivacionais	2013	GIORDANI A.T,et al.
LILACS	Infraestrutura e Adesão à Higienização das Mãos: Desafios à Segurança do Paciente	2013	BATHKE,J. et al
BDENF	Comportamentos críticos da equipe na prevenção de infecção de sitio cirúrgico com vistas à segurança do paciente.	2011	LIMA, L. A; et al.
LILACS	Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário	2010	PRIMO, M.G.,et al
LILACS	O uso das Soluções Antissépticas na Prática Clínica da Enfermagem	2010	SILVA, A.A.T, et al
LILACS	Relato de Experiência: Utilização de Cartazes Estilizados como Medida de Incentivo à Higienização das Mãos	2009	Neves, Z. C. P; et al

SciELO	Higienização das Mãos: 20 Anos de Divergências Entre a Prática e o Idealizado	2009	CRUZ, E. D. A; et al
LILACS	Avaliação Prática da Lavagem das Mãos pelos Profissionais de Saúde em Atividades Lúdico-Educativa	2006	SCHEIDT, K.L.S;CARVALHO M.
LILACS	A Infecção Hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem	2005	PEREIRA MS, et al

Tabela 1 - Artigos selecionados para Revisão Integrativa de Literatura

Fonte – Os autores (2015)

RESULTADO E DISCUSSÃO

A partir da análise de dados emergiram categorias de análise que potencializaram a compreensão do estudo e serão discutidas, detalhadamente, a seguir.

Categoria 1 – Visão geral sobre a importância da higienização das mãos

No estudo de Vita et al (2014) foi observado em uma pesquisa realizada na UTI, que 25 a 30% dos pacientes internados em unidade de cuidados intensivos evolui para algum tipo de complicação em decorrência de procedimento invasivo, onerando financeiramente os serviços de saúde. Afirma, ainda, que no período em que o paciente fica internado, ele está exposto a uma grande quantidade de microrganismos e boa parte desta exposição advém de outro paciente através de microbiota exógena. Os profissionais de saúde estão constantemente em contato com estes microrganismos causadores de doenças e esse contato em sua maioria se dá pelo órgão de maior utilização: as mãos.

Para Bathke, J. et al (2013) a higienização das mãos deve compreender todo o período do cuidar dispensado ao paciente e independe do local onde essa assistência está sendo realizada, a principal intensão deste ato é sem dúvidas a prevenir a disseminação de microrganismos patógenos e com isso a infecção hospitalar.

Categoria 2 - Desconhecimento da técnica

Vita et al (2014) reforçam, ainda, que a medida mais simples e econômica para controlar as infecções é a lavagem das mãos, no entanto, apenas uma parte dos profissionais dominam a técnica e os que não a dominam, por vezes, utilizam-se deste artifício para não realização do procedimento.

Nesse contexto, Locks et al (2011), afirmam que existe uma relação direta entre a execução do procedimento e o grau de instrução. Outra relação encontrada foi a da idade, verificando que os profissionais acima de 35 anos conseguem, em tese, um desempenho superior no uso da técnica de antissepsia em relação aos mais jovens.

Apesar de Prado et al (2013) garantir que a quantidade e acessibilidade das pias e dispersores está diretamente ligado ao aumento da taxa de adesão da HM, Cruz et al (2009) discorda, explicando que as condições da estrutura não implicam, necessariamente,

em maior adesão, já que, conforme Cruz et al (2009) demonstram que o uso de álcool a 70% resulta em importante redução da carga microbiana transitória e residente pela ação química e letal aos microrganismos, desde que não haja nenhum resíduo visível de sujidade.

O que se verifica em grande parte das instituições é uma discrepância do ideal de HM e a prática realizada, sendo um problema de difícil solução, porém de extrema necessidade. Neste sentido, estudos explicam que as instituições de saúde enfrentam problemas de adesão específicos, a exemplo dos dispensadores de álcool gel: em determinados locais pode haver em quantidade e locais a atender a demanda e mesmo assim se não ocorrer uma adesão maciça dos profissionais na HM; e, em outros, o número insuficiente poderá servir de base para justificativa da não adesão (CRUZ, et al, 2009; PRIMO, et al, 2010).

De modo geral, a motivação deve ser um dos pilares de grande influência para adesão dos profissionais de enfermagem na lavagem das mãos, considerando aspectos relacionados ao compromisso com trabalho e à flexibilidade para priorizar cuidados com a higienização das mãos. Giordani et al (2014) reforçam a necessidade de que os gestores possuam uma visão ampliada do assunto a fim de fomentar tanto insumos quanto oportunizar discussões que incentivem, cotidianamente, a adesão à prática de HM.

A importância do enfermeiro na difusão das práticas de biossegurança é essencial e pode acontecer a partir da utilização de algumas ferramentas como o conhecimento, a reflexão, a criatividade e a crítica construtiva. Estudos enfocam também o uso de soluções antissépticas no controle das infecções, bem como a elaboração de protocolos assegurando a padronização e a eficácia do processo (SILVA et al, 2010; PEREIRA et al, 2005).

Neves et al (2009) destaca a utilização de métodos estratégicos alternativos para reflexão dos profissionais de saúde quanto a HM, fazendo uso de cartazes que tratam desta problemática como mais um artifício de comunicação em massa, paralelamente a treinamentos através da educação continuada.

Santos et al (2008) reafirmam a necessidade de adesão de novas estratégias para se criar um hábito, no qual os profissionais devem ser entendidos como sujeitos ativos e fundamentais, apontando para valores éticos, morais e ideológicos. Muitas vezes a higienização das mãos, por ser uma medida simples, acaba não tendo a devida atenção e os profissionais acabam pulando etapas na hora da execução da técnica.

Categoria 3 - Importância das práticas lúdicas

As medidas lúdico-educativas transformam-se em grande aliada na mudança de paradigma, contribuindo para incentivar o desenvolvimento do hábito constante de lavagem das mãos além de reforçar procedimentos imprescindíveis como a retirada de adereços antes da execução da técnica (SCHEIDT e CARVALHO, 2006).

Em uma pesquisa realizada por Lima et al (2011), verificou-se que as ações de prevenção e controle do risco de infecção devem ser vivenciadas por todos os participantes

da equipe multiprofissional, devendo ser iniciada desde a formação acadêmica. Observou-se, também, a necessidade de estabelecer parcerias entre as categorias médica e de enfermagem, com a realização de ações conjuntas na adoção de medidas de prevenção e controle de infecções. A equipe médica e de enfermagem são de fundamental importância na luta para o controle de infecção devido ao papel formador de opinião. Além disso, seus comportamentos como espelho para os demais membros da equipe de saúde tornam-se relevantes no processo de ensino e aprendizagem. Os autores reforçam, também, a existência de um grande desafio para a segurança do paciente tem sido o fato de que os erros são multifatoriais e todos os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometê-los já que os processos técnicos e organizacionais são complexos e, por vezes, mal planejado.

CONTRIBUIÇÃO PRÁTICA – LAVÔMETRO

Com o propósito de contribuir para o combate das infecções hospitalares a através de uma abordagem lúdico-didática, realizou-se a confecção de uma tabela diária de controle de lavagem das mãos, denominada de *Lavômetro*. Este instrumento visa oferecer subsídios para o ensino e à prática através de uma simples medida de intervenção com a finalidade de incentivar a realização da lavagem das mãos. Sugere-se a adoção deste material após a realização de um treinamento HM.

LAVÔMETRO

Lavou as mãos somente antes ou depois do procedimento

Não lavou as mãos

Lavou as mãos antes e depois do procedimento

1 2 3

Nome	Procedimento									

Após preencher o nome, o participante terá direito de registrar até 10 procedimentos.
Marcando **(1)** não lavou as mãos; **(2)** lavou as mãos somente antes ou depois do procedimento;
e **(3)** lavou as mãos antes e depois do procedimento.

Resultado da soma dos pontos

0 - 14 pts | 15 - 29 pts | 30 pts

Quadro 01 – Lavômetro

Fonte: os autores (2015)

O Lavômetro proporcionará um estímulo entre os colegas, gerando uma “disputa’ sadia. Pode ser estabelecido um prêmio que servirá de estímulo para a equipe e para os competidores. A supervisão poderá ficar a cargo da chefia de enfermagem e/ou núcleo de educação permanente da instituição. Ao finalizar o tempo estipulado pela equipe/instituição, os pontos serão somados e poderá ser oportunizado um momento de premiação, como um “selo verde” representando a pontuação máxima alcançada.

Através do *Lavômetro* cada profissional, após a realização de um procedimento, deverá preencher a tabela de acordo com o seguinte escore:

0 a 14 pontos – não houve lavagem das mãos em nenhum momento;

15 a 29 pontos – houve lavagem das mãos apenas antes ou após o procedimento;

30 pontos – houve a lavagem das mãos antes e após a realização do procedimento.

Entende-se que a medida proposta não se configura em solução completa para a não adesão à prática de lavagem das mãos, porém, configura-se em mais uma medida que pode ser adotada com a finalidade de controlar as infecções hospitalares, de forma lúdica e descontraída. Santos (2013, p.19) explica que é

> preciso motivar as pessoas, pois quando motivadas elas trabalham mais alegres e satisfeitas por estarem trabalhando para a empresa, e então a empresa tem um aumento em sua produtividade levando-a a obter um grande sucesso. E para motivar pessoas, a primeira ideia que nos vem à mente é a de melhores salários, também ajudam a motivar, mas nem sempre esse é o fator primordial, o que satisfaz e motiva os funcionários é o reconhecimento e recompensa quando se faz um bom trabalho; ter confiança dos chefes e colegas na empresa; trabalhar num lugar limpo, seguro e confortável; as perspectivas de crescimento na empresa; os benefícios que a empresa oferece como: saúde, educação, bônus salarial, brindes, lazer.

O controle da infecção hospitalar é um trabalho minucioso e diário, onde cada membro da equipe deve desempenhar sua parte para atingir o foco de interromper a cadeia de transmissão das infecções hospitalares. As literaturas mostram que as ações de prevenção e controle das IH´s devem ser responsabilidade de todos os membros da equipe multiprofissional no intuito de garantir a segurança do paciente.

CONCLUSÃO

Apesar de todas as descobertas e inovações em âmbito tecnológico, este estudo compilou inúmeros trabalhos que compartilham a importância de ações profiláticas simples e eficazes como a lavagem das mãos para o combate da infecção hospitalar.

Entende-se a necessidade de mudanças estruturais em relação ao quantitativo de pias, dispensadores de sabão e álcool em gel, porém, por si só, essas mudanças não garantem o sucesso do processo. O passo primordial é a adesão à educação continuada, preferencialmente de forma lúdica, com vistas a contribuir para o entendimento de que o simples se torna essencial no combate à infecção hospitalar.

REFERÊNCIAS

BARREIROS, C. M.; FIGUEIREDO, L. G. G. **Educação em saúde: adesão a lavagem das mãos entre os profissionais da área da saúde**. REVISTA UNINGÁ, [S.l.], v. 34, n. 1, dez. 2012. ISSN 2318-0579. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1069>. Acesso em: 15 Nov 2015.

BATHKE, Janaína et al . **Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 34, n. 2, p. 78-85, June 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S1983-14472013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov 2015

BELELA-ANACLETO ASC, et al. Higienização das mãos e a segurança do paciente: Perspectiva de docentes e universitários. **Rev. Texto & Contexto Enferm**. 2013. Disponível em: ‹ http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/05.pdf› Acesso em: 15 nov. 2015.

CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida; et al. **Higienização de mãos:** 20 anos de divergência entre a prática e o idealizado. Virtual Book, 2009. Disponível em: ‹http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100005&script=sci_arttext› Acesso em: 15 nov. 2015.

LIMA, Laís Araújo; BARRETO, Regiane Aparecida Soares Santos; SOUZA, Adenícia Custódia. **Comportamentos críticos da equipe na prevenção de infecção de sitio cirúrgico com vistas à segurança do paciente**. Disponível em www.sbpcnet.org.br/livro/63, 2011

LOCKS, Lindsay; et al. **Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidade básica de saúde -** Virtual Book, 2011. Disponível em: ‹http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300019› Acesso em: 15 jul. 2015.

GIORDANI, Annecy Tojeiro; et al. **Adesão da equipe de enfermagem à higienização das mãos**: fatores motivacionais. Virtual Book, 2014. Disponível em: ‹http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1567› Acesso em: 15 nov. 2015.

NEVES, Zilah **Cândida Pereira; et al**. Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos. **Rev. Eletr. Enf.** 2009. Disponível em: ‹http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a35.htm› Acesso em: 15 nov. 2015.

PEREIRA, Milca Severino; et al. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar de enfermagem. **Rev. Texto & Contexto Enferm**. 2005. Disponível em: ‹http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf › Acesso em: 15 nov. 2015.

PRADO, Maria Fernanda; HARTMANN, Talita Priscila Scomparin; TEIXEIRA FILHO, Leône Alberto. **Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos.** Virtual Book, 2013. Disponível em: ‹http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200003›. Acesso em: 20 nov. 2015.

PRIMO, Mariusa Gomes Borges; et al. **Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário**. Virtual Book, 2010. Disponível em: ‹http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7656› Acesso em: 20 nov. 2015.

SANTOS, Lydiane Andraya Lopes. **A influência da motivação no ambiente de trabalho.** AVM Faculdade Integrada. Virtual Books, 2013. Disponível em: ‹http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/47341.pdf› Acesso em: 30 nov. 2015.

SCHEIDT, Kátia Liberato Sales; CARVALHO, Manoel. **Avaliação prática da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividades lúdico-educativas.** Virtual Book, 2006. Disponível em: ‹http://www.facenf.uerj.br/v14n2/ v14n2a11.pdf› Acesso em: 15 nov. 2015.

SILVA, A.E.B.C. **Segurança do paciente**: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. V.12. n.3. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2010. Disponível em http://h200137217135Ufg.br/index.php. Acesso em 10 dez 2015.

SOUZA, E.C. et al. **Importância da Higienização das Mãos como profilaxia a Infecção Hospitalar pelos Profissionais de Saúde.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.04, Nº. 04, Ano 2013 p.1421-1433

VITA, Violeta; WEISBURD, Guillermo; BELTRAMINO, Daniel; BUSSI, Enrique. **Conocimiento actitudes y prácticas del personal de salud relacionados com el lavado de manos clínico em una unidad de cuidados intensivos.** Virtual Book, 2014. Disponível em: ‹http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/ 1a1e43De%20Vita%20Lavado%20de%20Manos.pdf› Acesso em: 15 nov. 2015.

CAPÍTULO 9

FATORES RELACIONADOS AO CUMPRIMENTO DA TÉCNICA DE HIGIENE DAS MÃOS PELA ENFERMAGEM: ESTUDO TRANSVERSAL

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 01/06/2022

Priscila Brandão
Universidade Federal Fluminense,
Departamento de Enfermagem
Rio das Ostras – Rio de Janeiro
https://orcid.org/0000-0002-2635-9121

Luana Ramos Garcia
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
https://orcid.org/0000-0003-0538-7104

Larissa Sousa Oliva Brun
Universidade Federal Fluminense,
Departamento de Enfermagem
Rio das Ostras – Rio de Janeiro
https://orcid.org/0000-0001-7978-7878

Letícia de Assis Santos
Universidade Federal Fluminense,
Departamento de Enfermagem
Rio das Ostras – Rio de Janeiro
https://orcid.org/0000-0002-4669-8059

Maithê de Carvalho e Lemos Goulart
Universidade Federal Fluminense,
Departamento de Enfermagem
Rio das Ostras – Rio de Janeiro
http://orcid.org/0000-0003-2764-5290

Fernanda Maria Vieira Pereira Ávila
Universidade Federal Fluminense,
Departamento de Enfermagem
Rio das Ostras – Rio de Janeiro
https://orcid.org/0000-0003-1060-6754

Fernanda Garcia Bezerra Góes
Universidade Federal Fluminense,
Departamento de Enfermagem
Rio das Ostras – Rio de Janeiro
http://orcid.org/0000-0003-3894-3998

RESUMO: Objetivo: analisar os fatores relacionados ao cumprimento da técnica de higiene das mãos por profissionais de enfermagem. Método: estudo transversal realizado entre maio de 2019 e fevereiro de 2020 com profissionais de enfermagem de um hospital público na baixada litorânea do Rio de Janeiro, utilizando formulário estruturado e observação não participante. Aplicou-se os testes U de *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* e Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Resultados: participaram 50 (100,0%) profissionais. Observou-se maior cumprimento da técnica entre enfermeiros (p=0,004), com especialização (p=0,004), atuantes na pediatria (p= 0,041), que utilizaram sabão (p=0,023) ou clorexidina degermante (p= 0,048) e enxaguaram com dedos voltados para cima (p=0,000). Maior carga horária semanal de trabalho promoveu diminuição do cumprimento da técnica (p=0,327; p=0,021). Conclusão: diversos fatores institucionais, individuais e comportamentais mostraram-se relacionados ao cumprimento da técnica de higiene das mãos. São essenciais estratégias gerenciais para oferta adequada de infraestrutura, insumos e treinamentos para favorecer sua realização correta.

PALAVRAS-CHAVE: Higiene das Mãos; Desinfecção das Mãos; Profissionais de

Enfermagem; Instalações de Saúde.

FACTORS RELATED TO COMPLIANCE WITH THE HAND HYGIENE TECHNIQUE BY NURSING: A CROSS-SECTIONAL STUDY

ABSTRACT: Objective: to analyze the factors related to the compliance with the hand hygiene technique by nursing professionals. Method: a cross-sectional study carried out between May 2019 and February 2020 with nursing professionals from a public hospital in the coastal lowlands of Rio de Janeiro, using a structured form and non-participant observation. Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Pearson's Correlation Coefficient were applied. Results: 50 (100.0%) professionals participated. Greater compliance with the technique was observed among nurses (p=0.004), with specialization (p=0.004), working in pediatrics (p=0.041), who used soap (p=0.023) or degerming chlorhexidine (p=0.048) and rinsed with fingers facing up (p=0.000). Higher weekly working hours promoted a decrease in compliance with the technique (p=0.327; p=0.021). Conclusion: several institutional, individual and behavioral factors were related to compliance with the hand hygiene technique. Management strategies are essential for the adequate provision of infrastructure, inputs and training to favor their correct implementation.
KEYWORDS: Hand Hygiene; Hand Disinfection; Nurse Practitioners; Health Facilities.

1 | INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS) são consideradas um problema com relevância mundial, uma vez que podem resultar maiores custos para o sistema de saúde, além de instituir uma grave ameaça para a segurança dos usuários, bem como dos trabalhadores. A taxa de disseminação de doenças na assistência hospitalar no Brasil é classificada como alta, possuindo como maior meio de propagação o contato, especialmente com o paciente e seu ambiente. Nesse sentido, a prática de higiene das mãos (HM) é apontada como a ação de maior efetividade no que diz respeito à prevenção de infecções (GOMES; PASSOS, 2020).

Ainda que higienizar as mãos seja amplamente recomendado, uma revisão integrativa da literatura revela que a adesão a mesma, por parte dos profissionais de saúde, é considerada baixa, tanto no âmbito nacional quanto internacional, não ultrapassando a taxa de 50% [1]. Dentre os profissionais de saúde, os da enfermagem possuem o maior contato com os pacientes e, neste sentido, a adesão às boas práticas de HM é imprescindível para a prestação de um cuidado com responsabilidade e segurança ao paciente e ao profissional. Ademais, os enfermeiros têm um papel importante na educação em saúde, que são essenciais para o combate das IRAS (CONTREIRO et al., 2021).

Contudo, diversos fatores influenciam para que a baixa adesão ocorra como a falta de conhecimento e treinamento acerca da temática e as condições das instituições de saúde, em que muitas vezes há a falta de equipamentos e insumos adequados para a realização da HM satisfatória (GOMES e PASSOS, 2020). Neste aspecto, observa-se em

um estudo longitudinal que a estrutura física inapropriada das instalações de um Hospital Universitário no Brasil, como pias mal localizadas, além do pouco ou nenhum treinamento que motive e oriente seus profissionais, contribuiu negativamente na adesão à técnica (ZOTTELE et al., 2017).

As condições oferecidas pelas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro contribuem para uma baixa adesão à HM, sobretudo no que se refere à precarização do sistema com superlotação e sobrecarga nos serviços, enfrentados diariamente. Ademais, problemas como infraestrutura física, má distribuição de insumos nos setores das unidades, recursos humanos insuficientes e equipamentos ruins representam fatores que dificultam a prestação de uma assistência de qualidade (SALES et al., 2019; VASCONCELOS et al., 2018).

Sem dúvidas, considerando os aspectos multifatoriais que implicam na adesão dos profissionais de enfermagem aos momentos de se realizar a HM, especialmente aqueles relacionados ao contexto das instituições públicas de saúde, elucidar quais aspectos se relacionam ao cumprimento da técnica preconizada de HM, facilita a elaboração de políticas institucionais que favoreçam o treinamento dos profissionais, a prevenção e o manejo das IRAS, mediante os fatores associados identificados, além da adoção de estratégias assistenciais, educacionais e gerenciais que promovam a adesão correta à HM. Entretanto, na literatura científica, a maioria dos estudos aborda aspectos pontuais da infraestrutura, como a existência do sabão e do papel toalha, sem elencar outros possíveis fatores associados ao fenômeno, assim, questionou-se: Quais são os fatores que se relacionam ao cumprimento da técnica de higiene das mãos entre os profissionais de enfermagem?

O desconhecimento destes fatores, sejam individuais ou institucionais, dificulta a execução de ações assertivas com respaldo epidemiológico, inclusive para a formação de futuros enfermeiros, uma vez que a presente instituição recebe acadêmicos de enfermagem que fazem de seu espaço um meio de aprendizado. Tendo em vista que a adesão à HM é multifatorial, observa-se uma lacuna na literatura em relação aos fatores que podem estar relacionados ao cumprimento da técnica preconizada.

Nessa diretiva, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores relacionados ao cumprimento da técnica de higiene das mãos por profissionais de enfermagem.

2 | MÉTODO

Estudo observacional e transversal, realizado com profissionais de enfermagem que atuam na assistência de um hospital público de médio porte, localizado na baixada litorânea do Estado do Rio de Janeiro. Atendeu-se as recomendações das diretrizes do *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (ELM et al., 2008).

O cenário do estudo é uma instituição pública de saúde, com 56 leitos, atendimento em diversas especialidades e alta rotatividade de pacientes. Foram incluídos os profissionais de

enfermagem, independente do tempo de exercício profissional ou institucional, atuantes no Centro de Imagem, Clínica Médica, Central de Materiais Estéreis (CME), Centro de Terapia Intensiva (CTI), Pediatria e Obstetrícia. Excluíram-se os profissionais que desempenhavam funções administrativas.

A amostra do estudo foi selecionada por conveniência, composta pelos profissionais de enfermagem que se dispusera a participar do estudo, no momento em que foram abordados, sem prejuízo de suas atividades no ambiente de trabalho.

A coleta de dados foi realizada entre maio de 2019 e fevereiro de 2020 por pesquisadores devidamente treinados e ocorreu em duas etapas. A primeira baseava-se na aplicação de um formulário para caracterização da amostra da pesquisa. E a segunda referia-se à observação não participante da técnica, contemplando a observação de variáveis relacionadas à HM.

A aplicação do formulário para caracterização da amostra, contou com as seguintes variáveis categóricas: sexo (feminino ou masculino), profissão (enfermeiro ou técnico de enfermagem), possui mais de um vínculo empregatício (não ou sim), especialização (não ou sim), setor (centro de imagem, clínica médica, central de materiais estéreis, centro de terapia intensiva, obstetrícia ou pediatria). A caracterização dos participantes também contou com as seguintes variáveis contínuas: idade, tempo de atuação e carga horária semanal.

A observação não participante da HM foi realizada por dois pesquisadores, que esperaram um momento oportuno para observar, sem intervenções, a realização da técnica pelos profissionais de enfermagem. Ressalta-se que cada participante teve um único momento de observação da HM com água e sabão realizado durante a sua jornada de trabalho.

Para a observação, foi utilizado um instrumento intitulado “Avaliação da adesão às boas práticas de higiene das mãos”, construído para este estudo e validado por três peritos na temática. O referido instrumento era constituído duas partes, quais sejam: 1) observação dos parâmetros que possibilitaram a descrição das variáveis que possam ter influência sob a aplicação da técnica preconizada e 2) *check-list* do cumprimento das etapas da técnica de HM preconizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A primeira parte do instrumento para avaliação das boas práticas de HM contou com as seguintes variáveis: acionamento das torneiras (com as mãos ou cotovelos), existência de sabão (não ou sim), tipo de sabão (comum ou antisséptico), utilização do sabão (com as mãos secas ou molhadas), higiene sem sabão (somente com água ou com clorexidina degermante), enxágue com dedos voltados para cima (não ou sim), existência de papel toalha (não ou sim), como enxugou as mãos nas ausências do papel toalha (na vestimenta profissional, em tecido da instituição, ar/espontâneo, outro), existência de álcool 70% em gel (não ou sim), existência de lixeira próxima (não ou sim), tipo de identificação da lixeira (infectantes, comum ou sem identificação), como abriu a lixeira (com as mãos, com os pés

ou sem tampa/lixeira aberta), abertura da lixeira com as mãos de que forma (em contato direto ou com auxílio de papel).

A segunda parte do instrumento incluiu a observação do cumprimento (não ou sim) da técnica de HM realizada pelo participante, seguindo as etapas compreendidas no material ilustrativo "Como higienizar as mãos com água e sabonete?" da ANVISA (BRASIL, 2015). São 11 etapas, iniciadas na Etapa 0 – molhar as mãos com água, seguida da Etapa 1 – aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos, Etapa 2 – ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si, Etapa 3 – esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa, Etapa 4 – entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais, Etapa 5 – esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa, Etapa 6 – esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa, Etapa 7 – friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa, Etapa 8 – enxague bem as mãos com água, Etapa 9 – seque as mãos com papel toalha descartável, Etapa 10 – No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha e, finalizando na Etapa 11 – Agora suas mãos estão seguras.

Para avaliação do cumprimento da técnica de HM considerou-se a variação do escore de 0 a 12 pontos, a partir do cumprimento das etapas (sim ou não) contidas no material da ANVISA. A cada etapa realizada foi atribuído um ponto e quanto maior a pontuação do escore, melhor o cumprimento da técnica preconizada.

Os dados oriundos da caracterização dos participantes e das observações foram duplamente digitados em planilha do Excel® e analisados no Programa IBM®SPSS, versão 21, por meio de estatística descritiva com medidas de tendência central (média, mediana, máximo e mínimo) e de dispersão (desvio padrão). Verificou-se a normalidade dos dados por meio do Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, apresentando distribuição não normal. Utilizou-se os testes de hipótese não paramétricos U de *Mann-Whitney* e Teste de *Kruskal-Wallis* para comparação da média do escore de cumprimento da técnica de higiene das mãos e as variáveis individuais categóricas e, também entre os fatores observados na primeira parte do instrumento para avaliação das boas práticas de higiene das mãos. O Coeficiente de Correlação de *Pearson* foi utilizado para relacionar as variáveis individuais contínuas e os escores totais do cumprimento da técnica de HM.

A pesquisa contemplou os princípios éticos exigidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com parecer 3.148.879/2018 e CAEE 07669218.8.0000.8160. Os pretensos participantes eram conduzidos a um local reservado onde foi realizado o processo de consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 I RESULTADOS

Participaram 50 (100,0%) profissionais de enfermagem, sendo a maioria 34 (68,0%) técnicos de enfermagem, do sexo feminino 39 (78,0%), com média de idade de 46 anos (± 9,2, Min 31, Máx 63). Do total, 31 (62,0%) possuem mais de um vínculo empregatício, cumprindo em média 38,6 horas semanais de trabalho (± 9,7, Min 20, Máx 72) e possuem em média 16 anos de atuação profissional (± 8,9, Min 1, Máx 38). Quanto à escolaridade, 21 (42,0%) possuem pós-graduação em nível de especialização. Os participantes atuam, principalmente, nos setores de clínica médica 16 (32,0%) e obstetrícia 16 (32,0%).

O escore médio de cumprimento das etapas da técnica de HM pelos participantes foi 6,6 (± 1,5), variando de 3 a 12 pontos. Em relação ao cumprimento das etapas preconizadas (Tabela 1), as de maior adesão foram a etapa 1, realizada por 47 (94,0%) dos profissionais e a etapa 8, realizada por 44 (88,0%) dos mesmos. Já a etapa 5 obteve a menor adesão, não sendo cumprida por 46 (92,0%) dos participantes.

Etapas	**n (%)**	
	Não realizada	**Realizada**
Etapa 0 – molhar as mãos com água	10 (20,0)	40 (80,0)
Etapa 1 – aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos	03 (6,0)	47 (94,0)
Etapa 2 – ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si	12 (24,0)	38 (76,0)
Etapa 3 – esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa	10 (20,0)	40 (80,0)
Etapa 4 – entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais	21 (42,0)	29 (58,0)
Etapa 5 – esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa	46 (92,0)	04 (8,0)
Etapa 6 – esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa	26 (52,0)	24 (48,0)
Etapa 7 – friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa	30 (60,0)	20 (40,0)
Etapa 8 – enxague bem as mãos com água	06 (12,0)	44 (88,0)
Etapa 9 – seque as mãos com papel toalha descartável	21 (42,0)	29 (58,0)
Etapa 10 – no caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha	40 (80,0)	10 (20,0)
Etapa 11 – agora suas mãos estão seguras	42 (84,0)	08 (16,0)

Tabela 1 – Cumprimento das etapas da técnica de higiene das mãos pelos profissionais de enfermagem. Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2019-2020

Na comparação da média do escore do cumprimento da técnica de HM e as variáveis individuais categóricas, observou-se diferença significativa para profissão de atuação (p=0,004), especialização (p=0,004) e setor (p=0,041). Neste sentido, o cumprimento da técnica foi maior entre os enfermeiros, entre aqueles que possuíam especialização e entre os participantes que atuavam na pediatria (Tabela 2).

Variáveis	n (%)	Média do escore do cumprimento da técnica de higiene das mãos	p-valor
Sexo			
Masculino	11 (22,0)	7	0,703*
Feminino	39 (78,0)	7	
Profissão de atuação			
Enfermeiro	16 (32,0)	8	**0,004***
Técnico de Enfermagem	34 (68,0)	6	
Mais de um vínculo empregatício			
Não	19 (38,0)	6	0,555*
Sim	31 (62,0)	7	
Especialização			
Não	29 (58,0)	6	**0,004***
Sim	21 (42,0)	7	
Setor			
Centro de Imagem	03 (6,0)	5	**0.041****
Clínica Médica	16 (32,0)	6	
Central de Materiais Estéreis	02 (4,0)	6	
Centro de Terapia Intensiva	07 (14,0)	7	
Obstetrícia	16 (32,0)	7	
Pediatria	06 (12,0)	8	

n= número de participantes; * Teste U de Mann-Whitney; **Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 2 - Comparação das médias dos escores de cumprimento da técnica de higiene das mãos entre as variáveis individuais categóricas. Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2019-2020

O coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis individuais e o escore total do cumprimento da técnica de HM demonstrou a relação negativa ou inversa entre a carga horária semanal e o escore (ρ= -0,327; p= 0,021), ou seja, quanto maior a carga horária semanal cumprida pelos profissionais de enfermagem, menor foi o cumprimento da técnica de higiene das mãos (Tabela 4).

Variáveis individuais	Escore total do cumprimento das etapas	
	Valor do coeficiente (ρ)	p-valor
Idade	0,085	0,557
Tempo de atuação	0,095	0,513
Carga horária semanal	-0,327	**0,021**

Tabela 3 – Correlação entre as variáveis individuais contínuas e o escore total do cumprimento das etapas da técnica de higiene das mãos pelos profissionais de enfermagem. Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2019-2020

Na observação sobre os fatores relacionados à HM (Tabela 4), notou-se que 49 (98,0%) dos participantes abriram as torneiras com as mãos, uma vez que as torneiras possuem acionamento manual. Em nove (18,0%) das observações não havia sabão para realizar a HM e em seis (66,6%) destes casos foi utilizada a clorexidina degermante.

Nas observações em que havia o sabão para higienizar as mãos, 26 (63,4%) eram sabão comum não antisséptico e em 21 (51,2%) destes casos o sabão foi utilizado com as mãos molhadas. Do total das observações, em 31 (62,0%) o enxágue das mãos não foi realizado com os dedos voltados para cima.

Em 31 (62,0%) das observações não havia álcool a 70% em gel disponível para uso. Destaca-se que não existia papel toalha descartável para a secagem das mãos em 17 (34,0%) das observações e, destas, 10 (58,8%) profissionais enxugaram suas mãos em tecidos da instituição.

Em 49 (98,0%) observações haviam lixeiras próximas para o descarte do papel toalha utilizado, identificadas em 23 (46,9%) destas como destinada ao descarte de resíduos infectantes, abertas com o acionamento por pedal em 20 (60,7%) das observações em que o participante utilizou o papel toalha para enxugar as mãos. Em cinco (15,1%) observações as lixeiras foram abertas com as mãos para descartar o papel, após higienizá-las, sendo três (60,0%) com o próprio papel e dois (40,0%) com as mãos em contato direto com a lixeira.

Fatores observados no momento da higiene das mãos	n (%)	Média do escore do cumprimento da técnica de higiene das mãos	p-valor
1) Como o participante abre a torneira da pia?			
Com as mãos	49 (98,0)	7	0,720†
Cotovelos	01 (2,0)	6	
2) Existe sabão para higiene das mãos?			
Sim	41 (82,0)	7	**0,023†**
Não	09 (18,0)	6	
3) Se sim para a pergunta 2, qual é o tipo de sabão? (n=41)			
Comum	26 (63,4)	7	0,464†
Antisséptico	15 (36,6)	7	
4) Se sim para a pergunta 2, o sabão foi utilizado de qual forma? (n=41)			
Mãos secas	20 (48,8)	7	0,700†
Mãos molhadas	21 (51,2)	7	
5) Se não para a pergunta 2, de que forma foi a higiene? (n=9)			
Somente água corrente	03 (33,3)	5	**0,048†**
Com clorexidina degermante	06 (66,6)	6	
6) O enxágue das mãos foi realizado com os dedos voltados para cima?			
Sim	19 (38,0)	8	**0,000†**
Não	31 (62,0)	6	
7) Existe papel toalha para secagem das mãos?			
Sim	33 (66,0)	7	0,155†
Não	17 (34,0)	6	
8) Se não para a pergunta 7, como o participante enxugou as mãos? (n=17)			
Na vestimenta do profissional	01 (2,0)	5	0,492‡
Em tecidos da instituição	10 (20,0)	6	
Ar/Espontâneo	04 (8,0)	7	
Outros	02 (4,0)	5	
9) Existe álcool em gel para fricção das mãos?*			
Sim	17 (34,0)	7	0,956†
Não	31 (62,0)	7	
10) Existe lixeira próximo ao local de higiene das mãos?			
Sim	49 (98,0)	7	0,120†

Não	01 (2,0)	4	
11) Se sim, a lixeira é identificada para qual tipo de resíduo? (n=49)*			
Infectantes	23 (46,9)	7	**0,048‡**
Comum	18 (36,7)	7	
Sem identificação	06 (12,2)	5	
12) Se sim para a pergunta 7, como o participante abre a lixeira para descartar o papel toalha utilizado? (n=33)			
Com as mãos	05 (15,1)	7	0,274‡
Com os pés	20 (60,7)	7	
Sem tampa ou está aberta	08 (24,2)	6	
13) Se o participante abriu a lixeira com as mãos, como isso ocorreu? (n=5)			
Com as mãos em contato direto	02 (4,0)	9	0,200†
Com auxílio e papel	03 (6,0)	6	

n= número de participantes; *= o item apresentou *missing*; †Teste U de *Mann-Whitney*; ‡Teste de *Kruskal-Wallis*.

Tabela 4 - Comparação das médias dos escores de cumprimento da técnica de higiene das mãos entre os fatores observados no momento da higiene das mãos. Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2019-2020

Na comparação de médias dos escores do cumprimento da técnica de HM, observou-se diferença significativa nas médias dos grupos cuja observação identificou a existência ou não de sabão (p= 0,023), e entre aqueles que, uma vez não tendo o sabão disponível, realizaram a higiene de outra forma (p= 0,048) e, dos grupos que realizaram o enxágue das mãos com os dedos voltados para cima ou não (p= 0,000). As observações da técnica que contavam com o sabão disponível e o grupo de profissionais que, mesmo não tendo sabão, utilizaram clorexidina degermante, além daqueles que realizaram o enxágue das mãos com os dedos voltados para cima, apresentaram média maior de escore do cumprimento da técnica padronizada.

4 | DISCUSSÃO

Com relação aos fatores institucionais, observaram-se inadequações referentes à estrutura física do cenário do estudo, ademais, notou-se a ausência de insumos, como sabão, solução alcoólica e papel toalha, para HM adequada em diversas observações, o que refletiu de maneira significativa na comparação entre as médias dos escores do cumprimento da técnica. Esses achados vão de encontro a um estudo realizado em um hospital público no Sul do Brasil, que observou inadequações semelhantes referentes à infraestrutura da instituição estudada e a sua influência para a realização insatisfatória da técnica de HM (MOURA et al., 2017).

Destacam-se neste estudo as torneiras com acionamento manual, fazendo com que

os profissionais em sua maioria as acionassem com as mãos, demonstrando a inadequação da infraestrutura no que se refere à técnica eficaz de HM. Resultados diferentes foram encontrados em um estudo realizado em um Hospital Universitário do Sul do Brasil que demonstrou prevalência de torneiras com fechamento automático, especificamente em 39,4% dos locais observados. Além disso, a taxa de adequação da estrutura geral para a prática de HM foi de 26,2% sendo a instituição considerada, em parte, de acordo com o que rege a RDC 50 (MAGNAGO et al., 2019).

A falta de uma infraestrutura adequada para execução dessa prática é uma barreira importante para esse procedimento no contexto hospitalar. É essencial conhecer a estrutura dessas unidades para que precariedades possam ser percebidas e, dessa forma, encontrar estratégias para finda-las (MOURA et al., 2017).

Além da estrutura física, ressalta-se a disponibilidade e a oferta de insumos inadequados no que tange uma técnica tão importante para prevenir IRAS. Na presente pesquisa, em parte considerável das observações, utilizou-se sabão comum não antisséptico, contrariando as recomendações da ANVISA, apesar deste tipo de insumo ser fundamental para a realização da HM em ambiente hospitalar. Observou-se em um estudo desenvolvido com uma equipe multiprofissional no Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira que água e sabão também são os produtos mais utilizados nas ações de HM (89%), contudo não há especificidade do sabão utilizado na amostra (NUNES et al., 2019).

Entretanto, outro estudo realizado em um hospital público localizado na baixada litorânea do Rio de Janeiro identificou que falhas na HM podem estar associadas aos insumos utilizados, o que favorece o crescimento bacteriano (ANDRADE, 2021).

Referente à técnica realizada pelos participantes, a maioria molhou as mãos primeiramente e a enxugavam em papel toalha com os dedos voltados para cima, e na ausência do papel, utilizava-se tecidos da instituição. Nesse sentido, alerta-se para a possibilidade de proliferação de bactérias em tecidos úmidos e reutilizados diversas vezes.

O ato de secar as mãos é importante porque a pele úmida fornece um ambiente propício para microrganismos, pois existe grande probabilidade de transmissão desses patógenos a partir da pele molhada. Um estudo realizado com 37 enfermeiros apontou que na instituição estudada havia papel toalha suficiente para a jornada de trabalho, equivalente a 62,2% das unidades de internação, entretanto, observou-se que na mesma instituição havia inadequações referentes a insumos, quantidade e distribuição de equipamentos, o que vai de encontro com as principais barreiras de infraestrutura encontradas (MOURA et al., 2017).

As observações apontaram que em sua maior parte não havia álcool a 70% em gel disponível para HM, em alternativa à utilização de água e sabão. Esse dado corrobora com um estudo realizado com profissionais do CTI de um hospital de ensino de Brasília, no qual identificou-se irregularidade no abastecimento de preparações alcoólicas em 24 (66,6%) das 36 observações, reafirmando a dificuldade de acesso do álcool para a fricção

antisséptica das mãos (CASTRO; RODRIGUES, 2018).

Destaca-se que o incentivo à fricção alcoólica, em situações que não há sujidade aparente nas mãos, é considerado importante na prática assistencial pela sua efetividade e minimização do tempo gasto. É um procedimento que não realiza remoção de sujidades, entretanto, é eficaz na redução da carga microbiana das mãos, é menos irritante na pele, possui maior efeito antisséptico e deve ter duração de 20 segundos (OLIVEIRA; PAULA; GAMA, 2017; CDC, 2019).

Com relação ao cumprimento das etapas preconizadas para a técnica de HM, destacam-se o não cumprimento de diversas etapas muito importantes por mais da metade dos participantes da presente pesquisa. Esse achado corrobora com uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário de Niterói, em que 79% dos participantes não realizaram a etapa de esfregar o dorso dos dedos, 53% não realizaram a etapa correspondente a esfregar o polegar e 82% não realizaram as etapas de friccionar as polpas digitais e fechar a torneira de contato manual utilizando o papel toalha. Além disso, a etapa número 1 referente a molhar as mãos com água, que foi a mais realizada pelos participantes deste estudo, também foi realizada pela mesma porcentagem de participantes da referida pesquisa, sendo 94% destes (ANDRADE et al., 2021).

Ressalta-se que a técnica de HM constitui uma medida simples, eficaz e de baixo custo na redução da transmissão de microrganismos, essencialmente em um cenário pandêmico. Desse modo, é necessário que se resgate a valorização dessa técnica (OLIVEIRA et al., 2021). A observação direta da técnica realizada chama a atenção para a importância da conduta, é possível alcançar um efeito promocional instantâneo somente mostrando interesse e voltando a atenção para a higiene (NUNES et al., 2019).

Algumas características individuais também foram contundentes para a avaliação das boas práticas relacionadas à HM, destacando-se o maior cumprimento da técnica entre enfermeiros, com maior escolaridade e, também entre os profissionais da pediatria, o que pode justificar-se pelo maior grau de instrução dos participantes e, também, à conduta possivelmente bem estabelecida na rotina dos profissionais que cuidam de crianças.

Salienta-se a sobrecarga de trabalho dos profissionais como dificultador para a adesão a técnica de HM, visto que, assim como na presente pesquisa, em que a carga horária semanal relacionou-se com um menor cumprimento da técnica, outro estudo, realizado com profissionais de enfermagem de um hospital universitário de Minas Gerais, também apontou a sobrecarga de trabalho como obstáculo para a realização da técnica (SOARES et al., 2017).

Além de destacar a importância da técnica de HM, é necessário que se priorize também as questões referentes à infraestrutura hospitalar. Dentre todos os fatores que contribuem para que essa atividade aconteça de forma segura e eficiente, os enfermeiros são os profissionais responsáveis na supervisão e na gestão da aquisição de materiais, o controle destes, bem como realizar atividades voltadas para educação continuada da

equipe (MOURA et al., 2017).

Esta pesquisa precisou interromper a coleta de dados com o início da pandemia e o decreto de isolamento social no Brasil em março de 2020, contudo os achados sinalizam as dificuldades da instituição em questão, no que se refere ao enfrentamento da pandemia iminente à época, principalmente quanto a uma das técnicas fundamentais para a prevenção e minimização da transmissão do novo coronavírus. Além disso, reforça a importância de se investir na educação permanente dos profissionais de enfermagem para melhor cumprimento da técnica de HM, sobretudo no cenário pandêmico.

A realização deste estudo limitou-se a um hospital público de médio porte e a uma única categoria profissional e a realidade da saúde pública brasileira, o que limita a generalização dos resultados. Diante disso, se faz necessária a realização de novas pesquisas que avaliem os fatores que interferem no cumprimento da técnica de HM em outras realidades e categorias profissionais que também estão inseridos nesse contexto.

5 | CONCLUSÃO

A presente pesquisa revelou o cumprimento médio de 66,0% da técnica de HM e diversos fatores institucionais, individuais e comportamentais mostraram-se relacionados ao cumprimento dessa técnica. Dentre eles, destacam-se as torneiras e lixeiras com acionamento inapropriado e a ausência dos insumos necessários, como sabão, álcool em gel e papel toalha. Além disso, a sobrecarga de trabalho demonstrou ser um fator relevante para o não cumprimento da técnica de forma adequada, por outro lado, ser enfermeiro, atuante na pediatria e possuir maior grau de escolaridade contribuiu para o melhor cumprimento da técnica de HM.

Dessa forma, além das ações educacionais e de incentivo à prática e adesão correta da HM na instituição, este estudo alerta para a oferta de materiais e insumos imprescindíveis para que a HM seja realizada de maneira correta. Ademais, salienta-se a importância da pesquisa, da gestão e da assistência em saúde trabalharem em conjunto, a fim de evidenciar melhor os problemas vivenciados pelos profissionais de enfermagem. Assim, são essenciais estratégias gerenciais para oferta adequada de infraestrutura, insumos e treinamentos para favorecer sua realização correta, visando a qualidade da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos**. Brasília, 2015. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-de-referencia-tecnica-para-a-higiene-das-maos. Acesso em: 29 jul. 2021.

ANDRADE, A.B.S.; BRUN, L.S.O.; BRANDÃO P. et al. **Bacterial growth on the hands of health care workers: implications for preventing nosocomial infections**. Revista Rene, v. 22, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212270938

ANDRADE, M.; SANTANA, P.P.C.; FARIA, L.F.C.S. et al. **Assertiveness analysis in hand sanitizing technique by HUAP nursing professionals**. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 1164-1171, jan-feb, 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n1-103.

CASTRO, A.F.; RODRIGUES, M.C.S. **Infraestrutura e indicadores de adesão à higiene das mãos em unidade de terapia intensiva**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 32, 2018. https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26099

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Hand hygiene in healthcare settings**, 2019. Disponível em: https://www.cdc.gov/handhygiene/index.html. Acesso em: 10 jan. 2022.

CONTREIRO, K.S.; JANTSCH, L.B.; ARRUÉ, A.M. et al. **Adesão à higienização das mãos dos profissionais da saúde em unidade de terapia intensiva neonatal**. Revista Enfermagem Contemporânea, v. 10, n. 1, p. 52-32, dez. 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3094.

ELM, E.V.; ALTMAN, D.G.; EGGER, M. et al. **The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies.** Journal of Clinical Epidemiology, v. 61, n. 4, p. 344-9, 2008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18313558/. Acesso em: 2 jun. 2021.

GOMES, C.H.C.; PASSOS, M.A.N. **Adesão dos profissionais de saúde na prática de higienização das mãos em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa**. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 3, n. 7, p. 347-360, jul./dez. 2020. Disponível em: http://doi.org/10.5281/zenodo.4253230.

MAGNAGO, T.S.B.S.; ONGARO, J.D.; GRECO, P.B.T. et al. **Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180193

MOURA, P.M.M.; TRISTÃO, F.S.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E. et al. **Avaliação da infraestrutura hospitalar para a higienização das mãos**. Revista de Enfermagem UFPE online, v. 11, n. 12, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22884p5289-5296-2017

NUNES, V. M. A.; ARAÚJO, I. D. T.; NOBRE, T. T. X. et al. **Multimodal strategy for professional adhesion to good practices of hand hygiene**. Research, Society and Development, v. 8, n. 3, p. e1183774, 2019. DOI: 10.33448/rsd-v8i3.774. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/774.

OLIVEIRA, A.C.; PAULA, A.O.; GAMA, C.S. **Monitorização da higienização das mãos: Observação direta versus taxa autorreportada**. Enfermería Global, v. 16, n. 4, p. 334- 343, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.277861.

OLIVEIRA, S.M.L.; ROBES, A.V.; SANTOS, J.T. et al. **Resgate da Valorização da Higienização das Mãos em Tempos de Pandemia.** Ensaios e Ciência, v. 25, n. 2, p. 206- 213, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.17921/1415-6938.2021v25n2p206-213.

SALES, O.P.; VIEIRA, A.F.B.; MARTINS, A.M. et al. **O sistema único de saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história**. Revista Humanidades e Inovação, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045. Acesso em: 2 de jun. 2021.

SOARES, N.R.M.; SOUZA, D.J.; FERREIRA, M.B.G. et al. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de enfermagem sobre higiene das mãos no ambiente hospitalar**. REFACS, p. 362-371, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.18554/refacs.v5i3.2439.

VASCONCELOS, R.O.; ALVES, D.C.I.; FERNANDES, L.M. et al. **Adesão à higienização das mãos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva**. Revista Enfermería Global, n. 50, p. 446-61, abr. 2018. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-430.pdf. Acesso em: 2 jun. 2021.

ZOTTELE, C.; MAGNAGO, T.S.B.S.; DULLIUS, A.I.S. et al. **Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department**. Revista da Escola de Enfermagem USP, v. 51, e. 03242, p. 1-7, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016027303242.

CAPÍTULO 10

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE TEÓRICO REFLEXIVA

Data de aceite: 04/07/2022
Data de submissão: 13/05/2022

Oclaris Lopes Munhoz
Sistema de Ensino Gaúcho (SEG) – Escola Albert Einstein
Santa Maria, Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0001-8901-7148

Silomar Ilha
Universidade Franciscana (UFN)
Santa Maria, Rio Grande do Sul
https://orcid.org/0000-0002-2132-9505

RESUMO: Nas últimas décadas, o país passou por diversas mudanças que contribuíram para que a estrutura etária da população brasileira também se modificasse, ampliando-se os anos vividos. Ao longo da vida, as pessoas passam por variadas situações de saúde e doença, as quais por vezes precisam ser acompanhadas por profissionais da saúde e por condutas e procedimentos com vistas a atender as suas necessidades biopsicosocioespirituais. Durante o processo de assistência, a pessoa pode ser exposta, em determinado momento, a algum tipo de dano não intencional ou não previsto pela sua condição clínica. Nessa situação, é possível inferir que a abordagem tradicional utilizada em alguns locais ainda é direcionada a culpar unicamente o profissional que errou em algum momento, durante sua atividade de cuidados ao paciente, abordagem essa que subestima o fato de alguns erros serem causados por profissionais comprometidos e qualificados e, que em nada, tem contribui para a qualificação da assistência. Assim, por meio dessa análise teórica, propõem-se, ao leitor, a reflexão sobre aspectos relacionados a qualidade do cuidado, a partir da evolução história da segurança do paciente, bem como da singularização da cultura de segurança. Compreende-se que a presente reflexão contribui com as discussões da Organização Mundial da Saúde, bem como de outros órgãos e entidades que discorrem sobre a necessidade de expandir o conhecimento e as ações de segurança do paciente com vistas à qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Cultura de segurança do paciente. Cultura organizacional.

HISTORICAL EVOLUTION OF PATIENT SAFETY: REFLECTIVE THEORETICAL ANALYSIS

ABSTRACT: In recent decades, the country has undergone several changes that have contributed to the change in the age structure of the Brazilian population, increasing the years lived. Throughout life, people go through various health and illness situations, which sometimes need to be accompanied by health professionals and by conducts and procedures in order to meet their biopsychosocial-spiritual needs. During the care process, the person may be exposed, at a given moment, to some type of unintentional or unforeseen damage due to their clinical condition. In this situation, it is possible to infer that the traditional approach used in some places

is still aimed at blaming only the professional who made a mistake at some point during their patient care activity, an approach that underestimates the fact that some errors are caused by compromised professionals. and qualified and, in no way, contributes to the qualification of assistance. Thus, through this theoretical analysis, the reader is proposed to reflect on aspects related to the quality of care, based on the historical evolution of patient safety, as well as the singularization of the safety culture. It is understood that this reflection contributes to the discussions of the World Health Organization, as well as other bodies and entities that discuss the need to expand knowledge and patient safety actions with a view to the quality of care.
KEYWORDS: Patient safet. Patient safety culture. Organizational culture.

1 | CONTEXTUALIZAÇÃO

Nas últimas décadas, o país passou por diversas mudanças, dentre as quais o processo de urbanização, a intensa migração, o aumento da expectativa de vida, a redução da fecundidade e as transformações na composição das famílias. Essas mudanças contribuíram para que a estrutura etária da população brasileira também se modificasse, ampliando-se os anos vividos.

Compreende-se que ao longo da vida, as pessoas passam por variadas situações de saúde e doença, as quais, por vezes precisam ser acompanhadas por profissionais da saúde e por condutas e procedimentos com a finalidade de atender as suas necessidades biopsicosocioespirituais. Tal situação, por vezes, é acompanhada por insegurança, medo, dúvidas e (in)certezas. Somado a isso, compreende-se que durante o processo de assistência, a pessoa pode ser exposta, em algum momento, a algum tipo de dano não intencional ou não previsto pela sua condição clínica.

Nesse contexto, se inserem os profissionais da saúde, os quais possuem responsabilidade compartilhada com os pacientes, no que tange ao tratamento e cuidado dos mesmos, independente da condição clínica apresentada. Salienta-se que realizar os procedimentos seguros e adequados às necessidades dos pacientes, objetivando alcançar os melhores resultados, são princípios que qualificam o cuidado às pessoas e direcionam à prática baseada em evidência com ética e compromisso profissional.

Contudo, compreende-se que o cuidado, muitas vezes, se desenvolve em um cenário complexo e dinâmico, com situações passíveis de predispor o erro, como no ambiente hospitalar, por exemplo. Nessa situação, é possível inferir que a abordagem tradicional utilizada em alguns locais ainda é direcionada a culpar unicamente o profissional que errou em algum momento, durante sua atividade de cuidados ao paciente, abordagem essa que subestima o fato de alguns erros serem causados por profissionais comprometidos e qualificados e, que em nada, tem contribuido para a qualificação da assistência.

Entende-se que a situação de erro poderá ocorrer no cotidiano do cuidado, seja por imperícias, negligências, imprudências, omissões e que esses erros, muitas vezes, independem da excelência da qualificação do profissional da saúde. Todavia a segurança

do paciente é uma responsabilidade legal em garantia a atenção integral do cuidado. Dessa forma, compreende-se ser imperativo refletir sobre aspectos relacionados a qualidade do cuidado, a partir da evolução história da segurança do paciente, bem como da singularização da cultura de segurança.

1.1 Evolução histórica da segurança do paciente

A história da segurança do paciente tem seu início na era de Hipócrates, respeitado médico que embora na sua época sem tecnologias de cuidado em saúde, escreveu "primeiro não causar dano". Hipócrates já elucidava que a segurança do paciente poderia estar comprometida pela assistência prestada. Com os avanços, a assistência ao paciente passou a ser qualificada, entretanto, as chances de ocorrerem erros assistenciais aumentou. Em 1863, Florence Nightingale, precursora da enfermagem, ressalta: "Pode parecer estranho que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes". Nessa época, Florence percebera que o cuidado ao paciente ia além da cura de sua patologia e que este cuidado era diretamente influenciado pela maneira como os profissionais de saúde prestavam assistência (BERNARDO; SILVA, 2012).

Por conseguinte, em 1918 surge o primeiro trabalho chamado de *Diseases of Medical Progress*, resultado da *Joint Commission on Accreditations of Healthcare Organizations* (JCAHO), criada pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que mostrou a prevalência e as maneiras de evitar as doenças iatrogênicas. Tais ocorrências relacionavam-se aos incidentes com danos à saúde dos pacientes (BERNARDO; SILVA, 2012).

Neste momento histórico, sobretudo, entre as décadas 70 e 80, não estava bem definido como deveriam ser abordados os erros humanos envolvendo os cuidados assistenciais. Assim, surge a teoria de James Reason, em 1990, a qual passara a ser considerada a mais adequada e, tão logo, uma das mais utilizadas para essa análise. Esta teoria considera que o erro humano deve ser analisado sobre duas concepções: a primeira refere-se a uma abordagem pessoal do erro - relacionada com os erros cometidos por profissionais que estão prestando assistência direta ao paciente (individual); e, a segunda, diz respeito a abordagem sistêmica do erro – considerando que qualquer organização é passível de erros e que este deve ser avaliado a partir de todas as barreiras que foram ultrapassadas para que o erro acontecesse, ou seja, a falha foi de um sistema e não apenas responsabilidade de um único indivíduo.

Em 1999, o *Institute of Medicine* (IoM – Instituto de medicina) dos Estados Unidos (EUA) publica o relatório Errar é humano (*To err is human*), no qual destacou que a segurança do paciente se encontrava diretamente relacionada com a assistência prestada e ressaltou a necessidade da criação de estratégias e medidas protetivas aos pacientes, visando melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Ainda, este relatório trouxe dados alarmantes relacionados aos erros assistenciais, trazendo à tona que a mortalidade nos hospitais dos EUA, decorrente dos erros na assistência à saúde estava entre 44.000 e 98.000 mortes/

ano. Dados mais recentes revelam que nos EUA o erro assistencial é considerado a terceira maior causa de mortes no país, atingindo numerosos 400.00 óbitos por ano, perdendo apenas para o câncer e as doenças cardiovasculares. Ainda, em um panorama mundial, há cerca de 421 milhões de internações hospitalares sendo que destas, ocorrem 42,7 milhões de eventos adversos anualmente (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Nesta perspectiva, visando reduzir os erros assistenciais e a preocupação pela qualidade dos serviços de saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, por meio de processos de acreditação, determinou medidas protetivas para melhorar os parâmetros dos serviços hospitalares da América Latina. Assim, em 1999 surge a Organização Nacional de Acreditação – ONA com o objetivo de administrar o modelo brasileiro de acreditação e, então, em 2002 a Agência Nacional de Vigilância – ANVISA torna oficial o Sistema de Acreditação Brasileiro através da Resolução nº 921/02 (ANVISA, 2004).

A partir dos anos 2000, a segurança do paciente passa a ser interesse de pesquisadores por todo o mundo e começa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão essencial de qualidade em saúde. Então, em 2004 criou-se a *World Alliance for Patient Safety* pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir disso, a OMS definiu incidente como todo evento ou condição que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, com lesão ou sem lesão. Incidentes com lesão foram definidos como Eventos Adversos (EA) (BRASIL, 2013). Dentre os elementos centrais da Aliança Mundial de Segurança do Paciente, estava a ação nomeada como Desafio Global, pelo qual, a cada dois anos, seria lançado um tema prioritário para a adoção pelos membros da OMS e com isso, as instituições de saúde passam a ter metas para atingir visando qualificar a assistência em saúde.

O primeiro desafio, implementado em 2005-2006 foi: “Cuidado limpo é Cuidado Seguro” e teve por objetivo geral reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde. Com abrangência internacional, diversos países, entre eles o Brasil, comprometeram-se, a implantá-lo, com vistas à segurança do paciente (BRASIL, 2014).

O Segundo Desafio, implantado entre 2007-2008 – “Cirurgia Segura Salva Vidas” teve o objetivo geral de melhorar a segurança do cuidado cirúrgico em todo o mundo, definindo padrões de segurança que podem ser aplicados em todos os países membros da OMS; seu foco foi na aplicação do *checklist* para Cirurgia Segura (BRASIL, 2014).

O terceiro desafio foi implementado no ano de 2017 e denominou-se: “Enfrentando a Resistência Microbiana”, teve o objetivo de conscientizar e padronizar as doses de medicamentos antimicrobianas no hospital, com vistas a diminuir a resistência do organismo humano, aos mesmos (WHO, 2015).

Assim, nota-se o compromisso da OMS, MS e OPAS com o cuidado ao paciente. Com vistas em ajustar a proposta da OMS, a *National Agency for Sanitary Vigilance* (NASV) (2007) que corresponde à ANVISA no Brasil, instituiu a chamada proposta nacional para a segurança do paciente. Entre os objetivos, o principal foi elencar e identificar os problemas

de segurança nos serviços de saúde, no que se refere à especificidade e a natureza dos mesmos (ANVISA, 2007). Neste ínterim, em outubro de 2007 foi promovido pela NASV o *workshop* intitulado Segurança do Paciente: um Desafio Global, o qual buscou subsidiar discussões e o levantamento de sugestões acerca da temática relacionada.

Ainda procurando evoluir na segurança do paciente, a *Joint Commission International* (JCI) lança em 2011 a 4ª edição da *Standards Lists Version*, na qual traz os objetivos internacionais para a segurança do paciente, composto por seis metas: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação eficaz; melhorar a segurança dos medicamentos de alto risco; assegurar sítio, procedimentos e pacientes corretos nas cirurgias; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e; reduzir o risco do paciente de danos resultantes de quedas (BERNARDO; SILVA, 2012).

Acompanhando esse percurso histórico na evolução da segurança do paciente, o Ministério da Saúde, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), mediante portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país. Ainda, adota a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, instituindo ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Durante este trajeto histórico, percebe-se a crescente modificação na trajetória da segurança do paciente. Contudo, a falta de pesquisas e reflexões sobre a segurança do paciente não evitou que ocorresse, por muito tempo, uma abordagem individual do erro, sem a busca e análise da ocorrência de falhas de maneira sistêmica, o que fortaleceu a cultura punitiva. Por outro lado, a busca por uma assistência de qualidade, isenta de falhas tem sido cada vez mais almejada e estudada. Esses aspectos, fortalecem um conjunto de medidas, que incluem, mudança de atitudes frente aos erros, que caracterizam a cultura de segurança do paciente.

1.2 Cultura de segurança

Na busca por definir e harmonizar conceitos de segurança do paciente, a *World Alliance for Patient Safety*, em 2009, convocou um Grupo de Trabalho, onde o principal objetivo era agrupar conceitos que fossem internacionalmente aceitos. Assim, definiram-se 48 conceitos-chave para promover melhoria contínua e compreensão internacional de conceitos acerca da segurança do paciente. Após, em 2011, a Organização Mundial de Saúde permitiu a tradução, validação e publicação de uma edição para a língua portuguesa. Esta instituída, em 2013, por meio da RDC 36 (ANVISA) e implementada por meio da portaria nº 529 do Ministério da Saúde (2013), a qual instituiu o PNSP.

A seguir, serão apresentados alguns conceitos com vistas a contemplar a temática abordada, segundo portaria ministerial (BRASIL, 2013):

- Paciente: indivíduo que recebe cuidados de saúde;

- Segurança: redução do risco de dano desnecessário a um mínimo aceitável;
- Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- Cultura de segurança: cultura que apresenta cinco atributos de alto nível para que os profissionais de saúde se empenhem em operacionalizar através da implementação de sistemas de gestão da segurança: (1) uma cultura onde todos os funcionários aceitam a responsabilidade ou a segurança deles próprios, dos seus colaboradores, doentes, e visitantes; (2) uma cultura que prioriza a segurança relativamente a fins financeiros e operacionais; (3) uma cultura que estimula e recompensa a identificação, a comunicação e a resolução de questões de segurança; (4) uma cultura que incentiva a aprendizagem organizacional com os eventos adversos; (5) uma cultura que fornece recursos, estrutura e responsabilidade apropriados para manter sistemas de segurança eficazes.

Nesta perspectiva, segundo Vincent (2009), a cultura de segurança é estabelecida a partir das atitudes e valores de participantes de um determinado grupo ou instituição, onde cada um contribui com a segurança do seu modo. Então, para que seja efetivo o processo de instauração da cultura de segurança, é necessário comprometimento dos gestores, de modo que exerçam uma liderança clara, envolvendo todos trabalhadores no processo, destacando que a segurança do paciente e dos profissionais é prioridade (CAUDURO, 2013). A cultura de segurança está interligada ao funcionamento das organizações de saúde na busca por uma assistência contínua, de qualidade e visando impactos positivos. Ainda, influencia os profissionais a serem responsáveis por suas atitudes e atos, a partir de uma liderança, que ressalta os benefícios para uma assistência segura (ALVARADO, 2011).

Carvalho (2011) destaca que a cultura de segurança depende da colaboração de todos os membros de uma organização. Assim, implementar estratégias que visem essa cultura requer instauração de políticas institucionais, bem como é essencial que sejam identificados os fatores que impedem essa formação. Neste sentido, a cultura de segurança está associada a componentes comportamentais das equipes de saúde, implicados, por exemplo, pela responsabilidade, conhecimentos, competências, e também às ações das organizações de saúde que promovam a segurança do paciente (ALVARADO, 2011; CAUDURO 2013).

Além disso, compreender a cultura de segurança implica em considerar os Fatores Humanos que envolvem este contexto. As investigações destes fatores discorrem acerca das forças e limitações humanas relacionadas aos sistemas interativos de pessoas, equipamentos e ambiente laboral (HENRIKSEN et al., 2008).

Os principais fatores humanos que influenciam na cultura de segurança do paciente estão relacionados à esfera psicológica, dentre estes o trabalho em equipe, o apoio da gerência, a resposta punitiva ao erro, as trocas de profissionais entre setores/unidades, a insatisfação profissional, os fatores organizacionais e de infraestrutura e, a falta de incentivos e de motivação (CASTAÑEDA-HIDALGO et al., 2013; KAWAMOTO et al., 2016;

LEFIO; ALVARADO, 2011; RAMOS; COCA; ABELDAÑO, 2017; QUES, GONZÁLEZ, 2010). Todos estes fatores podem ocasionar um adoecimento psíquico nos profissionais de enfermagem, desfavorecendo assim, a cultura de segurança do paciente.

Por outro lado, há fatores humanos relacionados à esfera física dos profissionais de enfermagem associados à cultura de segurança, como a falta de pessoal, a necessidade de improvisar frente a falta de recursos materiais e, a assistência a pacientes críticos que demandam cuidados intensivos e frequentes (GIMENES; CASSIANI, 2013; QUES, GONZÁLEZ, 2010; WEGNER; PEDRO, 2012). Estes fatores podem influenciar negativamente na cultura de segurança do paciente, visto que podem gerar alta carga de trabalho nos profissionais da equipe de enfermagem. Também, a comunicação falha e ineficiente está associada a uma percepção negativa acerca da cultura de segurança, já a comunicação efetiva associa-se a uma percepção positiva (LEFIO; ALVARADO, 2011; RIGOBELLO, 2012; QUES, GONZÁLEZ, 2010).

2 | ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Refletir sobre a segurança do paciente é necessário, pois fortalece sobretudo os profissionais da saúde, mas ão somente a esses, como a toda sociedade para a compreensão e singularização das boas práticas, com vistas à qualidade da assistência em saúde. Assim, ao apresentar uma reflexão sobre os aspectos históricos e conceituais relacionados à segurança do paciente, bem como da cultura de segurança, esse estudo, contribui com subsídios para o aprofundamento, ampliação e continuidade das discussões acerca da temática em tela.

REFERÊNCIAS

ALVARADO, A.L.M. Cultura de seguridad. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Orgaización Panamericana de La Salud. Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud. Whashington, D.C, p, 99-106, 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde.** Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335-336. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2017. 2004.

ANVISA. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil.** Ministério da Saúde. 2007 [internet]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/ notícias/2007/171007. Htm>. Acesso em: 28 ago. 2017.

ANVISA. **Resolução de diretoria colegiada - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013** (Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013), 2013.

BERNARDO, A. A. B.; SILVA, C. F. **Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica.** Rev. Rede de Cuidados em Saúde. UNIGRANRIO, RJ, v. 6, n. 1, 2012

BRASIL. Ministérios da Saúde. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013 – Instituí o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**, Distrito Federal, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**/Ministério da Saúde; Fundação Osvaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília; Ministério da Saúde, 40p, 2014.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese]**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, p. 143, 2011.

CARVALHO, R. E. F. L. et al **Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol. 25, n. e2849, 2017.

CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B. **Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 20, n. 3, 2012.

CAUDURO, F. L. F. **Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas. [Dissertação]**. Curitiba. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2013.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; MARIO, B. R. **Erros acontecem – a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados: construindo um sistema de saúde mais seguro.** Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, Belo Horizonte, 2016.

GIMENES, F. R. E.; CASSIANI, S. H. de B. **Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde.** REME; v. 17, n. 4, p. 966974, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To err is human: building a heath system. [sumary of research]**. Unit States of America. Institute of Medicine; 1999. Disponível em:http://www.iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is Human /To% 20 Err %20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf.

JOINT COMMISSION FOR PATIENT SAFETY. **World Alliance for Patient Safety [internet]**. Disponível em: <http://www.ccforpatientsafety.org/30730/>. Acesso: 20 jan. 2015.

LEFIO, A.; ALVARADO, N. **Avaliação do processo de um programa de monitoramento de eventos adversos hospital, clínica Dávila, Chile Clínica Dávila, Chile**. Rev. chil. salud pública; v. 15, n.3, p. 135145, 2011.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. **Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem.** Acta Paul Enferm, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft global action plan on antimicrobial resistance**. Genebra: WHO; 2015. [Internet]. Disponível em: Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente.** Orientações para evitar eventos adversos. Ed. Yendis. São Caetano do Sul, v. 1, p. 3-5, 2009.

CAPÍTULO 11

CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE HOSPITAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 04/07/2022

Marcus Fernando da Silva Praxedes
Prof. do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
http://lattes.cnpq.br/5235446913906852

RESUMO: A avaliação da cultura de segurança da organização permite obter uma visão clara dos aspectos e dimensões da segurança do paciente que requerem maior atenção. O estudo tem o objetivo de apresentar o protocolo de revisão sistemática desenhado para analisar o nível da cultura de segurança em ambiente hospitalar. O relato desta revisão sistemática cumprirá com o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA Checklist. O protocolo da revisão sistemática será submetido para registro no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO). A revisão sistemática cumprirá criteriosamente seis etapas: seleção de questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção das pesquisas que compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e relato da revisão, o que proporcionará um exame crítico dos achados. Para análise dos estudos selecionados, será utilizada a pergunta norteadora da pesquisa: “Qual o nível da cultura de segurança no ambiente hospitalar?”. Será realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, BVS, CINAHL, Biblioteca Cochrane e Web of Science. A estratégia de pesquisa combinará termos de indexação e os descritores “Safety Management”, “Safety Culture” e “Patient Safety”. Serão incluídos estudos publicados no período de 2012 a 2022, sem restrição de idioma. Serão adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos observacionais e experimentais; estudos realizados no período de 2012 a 2023; estudos que mensuraram a cultura de segurança em ambiente hospitalar através de instrumentos validados. Os critérios de exclusão são: artigos duplicados; revisão narrativa ou sistemática e meta-análise; relatos de casos; série de casos e estudos experimentais envolvendo animais. Dois revisores extrairão dados dos estudos selecionados independentemente. A medição da cultura de segurança permite que os líderes implementem estratégias direcionadas para melhorar dimensões específicas da cultura de segurança.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de Segurança, Cultura de Segurança e Segurança do Paciente.

SAFETY CULTURE IN HEALTHCARE PROFESSIONALS: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: The assessment of the safety culture of the organization allows obtaining a clear view of the aspects and dimensions of patient safety that require more attention. The study aims to present the systematic review protocol designed to analyze the level of safety culture in a hospital setting. The reporting of this systematic review will comply with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA Checklist. The systematic review protocol will be

submitted for registration in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO). The systematic review will carefully follow six steps: selection of guiding question; definition of the characteristics of the primary research sample; selection of the research sample; analysis of the findings of the articles included in the review; interpretation of results; and reporting of the review, which will provide a critical examination of the findings. For analysis of the selected studies, the guiding research question, “What is the level of safety culture in the hospital environment?” will be used. A search of MEDLINE, VHL, CINAHL, Cochrane Library, and Web of Science electronic databases will be conducted. The search strategy will combine index terms and the descriptors “Safety Management,” “Safety Culture,” and “Patient Safety.” Studies published from 2012 to 2022 will be included, with no language restriction. The following inclusion criteria will be adopted: observational and experimental studies; studies conducted in the period from 2012 to 2023; studies that measured safety culture in the hospital environment through validated instruments. Exclusion criteria are: duplicate articles; narrative or systematic review and meta-analysis; case reports; case series and experimental studies involving animals. Two reviewers will extract data from the selected studies independently. Safety culture measurement allows leaders to implement targeted strategies to improve specific dimensions of safety culture.
KEYWORDS: Safety Management, Safety Culture, Patient Safety.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um grave problema de saúde pública global que é definido como a prevenção de danos aos pacientes com ênfase no sistema de prestação de cuidados que previne e aprende com os erros e é construído em uma cultura de segurança (CS) que envolve os profissionais de saúde, organizações e pacientes. A segurança do paciente é um componente crítico da qualidade da assistência à saúde. Embora as estimativas do tamanho do problema sejam escassas, principalmente em países em desenvolvimento, é provável que milhões de pacientes em todo o mundo sofram lesões ou morte todos os anos devido a cuidados em saúde inseguros (1).

No contexto da fragilidade do apoio da gestão para a segurança do paciente, vale destacar que a promoção da CS no hospital requer um grande esforço dos atores envolvidos e exige a mudança de valores, crenças, e comportamento do pessoal da organização em consonância com os valores da CS; e tal mudança requer o apoio de gestores e supervisores das equipes de saúde (2,3).

O desenvolvimento de uma cultura de segurança é um elemento central de muitos esforços para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do atendimento em ambientes de cuidados hospitalares. Vários estudos mostram que a cultura de segurança e o conceito relacionado de clima de segurança estão relacionados a comportamentos clínicos como notificação de erros, redução de eventos adversos e redução da mortalidade (3,4). Os órgãos de acreditação identificam padrões de liderança para medição e melhoria da cultura de segurança, e promover uma cultura de segurança é uma prática segura da

National Patient Safety Foundation (5). Embora muito trabalho tenha se concentrado na promoção de uma cultura de segurança, entender quais abordagens são mais eficazes e os fatores de implementação que podem influenciar a eficácia são fundamentais para alcançar melhorias significativas (6,7).

Nesse sentido, a atenção ao CS na área da saúde ganhou destaque após o relatório do Institute of Medicine: To Err is Human (8). Dentre as áreas de pesquisa, destacam-se os estudos que incluem o desenvolvimento e validação de uma série de medidas abrangentes de avaliação da CS e a identificação de práticas de liderança e organizacionais que influenciam a mesma. Dentre os ganhos do crescente desenvolvimento dessas pesquisas, houve o impacto positivo na prática hospitalar, em que reforçado por um requisito de acreditação da Joint Commission, muitos hospitais começaram a participa de esforços regulares para pesquisar e avaliar seu clima de segurança (9-11).

A prevalência de eventos adversos relacionados aos cuidados em saúde ainda é alta, mesmo apesar de todos os esforços feitos pelas organizações de saúde. Essa alta taxa pode ser devido a fatores culturais e falta de CS nos profissionais de saúde (12, 13). O obstáculo mais crucial para melhorar a segurança do atendimento ao paciente é a CS das organizações de saúde. A cultura de segurança do paciente é um subconjunto da cultura organizacional e é definida como um conjunto de valores, atitudes, percepções, crenças e comportamentos que apoiam a condução segura das atividades dos indivíduos nas organizações de saúde. Os componentes críticos da CS do paciente incluem uma crença comum da grande responsabilidade pelos cuidados de saúde, do compromisso organizacional para detectar e analisar erros e lesões ao paciente e a necessidade da criação de um ambiente que equilibre a necessidade de notificação de erros e a necessidade de ação disciplinar (13-15).

Nesse contexto, uma CS positiva direciona os comportamentos dos profissionais de saúde, de modo que a segurança do paciente se torne uma de suas maiores prioridades. Estimula-se o aprendizado organizacional, trabalho em equipe, comunicação aberta, *feedback* e respostas não punitivas a erros e percepções culturais compartilhadas com base na importância da segurança (14, 16). Uma cultura de segurança positiva pode incentivar os profissionais de saúde a relatar e analisar seus erros, o que é uma ferramenta eficaz para melhorar a segurança, pois o primeiro passo para criar uma cultura de segurança positiva é avaliar a cultura de segurança atual. Por outro lado, os hospitais devem criar uma CS do paciente entre seus funcionários antes de implementar intervenções estruturais, portanto, deve-se enfatizar a importância de conhecer a cultura de segurança do paciente existente (14-17).

Nesse sentido, a avaliação da cultura de segurança da organização permite obter uma visão clara dos aspectos e dimensões da segurança do paciente que requerem maior atenção. Também permite que os hospitais identifiquem seu nível e os pontos fortes e fracos de sua CS, o que possibilita a comparação dos seus resultados com outras instituições.

Assim, esse presente estudo se justifica pela relevância da análise do nível da cultura de segurança em ambientes hospitalares. O presente estudo teve o objetivo de apresentar o protocolo de revisão sistemática desenhado para analisar o nível da cultura de segurança em ambiente hospitalar, bem como identificar os instrumentos validados utilizados para a mensuração do nível de cultura de segurança e as estratégias de melhoria do nível da cultura de segurança nos hospitais, bem como a efetividade das mesmas.

MÉTODOS

O estudo será realizado através de uma revisão sistemática da literatura, que consiste em um método de pesquisa utilizado com frequência na prática baseada em evidência, cujo objetivo é reunir e sintetizar resultados anteriores, a fim de elaborar uma explicação abrangente de um fenômeno específico. Ressalta-se a organização e a interpretação no atendimento do objetivo da investigação (18).

O relato desta revisão sistemática cumprirá com o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA Checklist (19). O protocolo da revisão sistemática será submetido para registro no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO).

A revisão sistemática cumprirá criteriosamente seis etapas: seleção de questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção das pesquisas que compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e relato da revisão, o que proporcionará um exame crítico dos achados.

Para análise dos estudos selecionados, será utilizada a pergunta norteadora da pesquisa: “Qual o nível da cultura de segurança no ambiente hospitalar?”.

MÉTODOS DE PESQUISA PARA IDENTIFICAÇÃO DE ESTUDOS

Busca eletrônica

Será realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, BVS, CINAHL, Biblioteca Cochrane e Web of Science. A estratégia de pesquisa combinará termos de indexação e os descritores “Safety Management”, “Safety Culture” e “Patient Safety”. Serão incluídos estudos publicados no período de 2012 a 2022, sem restrição de idioma.

Serão adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos observacionais e experimentais; estudos realizados no período de 2012 a 2022; estudos que mensuraram a cultura de segurança em ambiente hospitalar através de instrumentos validados. Os critérios de exclusão são: artigos duplicados; revisão narrativa ou sistemática e meta-análise; relatos de casos; série de casos e estudos experimentais envolvendo animais.

Pesquisa em outras fontes

As referências bibliográficas dos estudos selecionados serão verificadas para encontrar estudos adicionais não identificados na busca eletrônica e que atendem aos critérios de inclusão. Além disso, uma pesquisa bibliográfica cinza será realizada para localizar artigos elegíveis não recuperados das bases de dados utilizadas.

COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Seleção de estudos

Os estudos serão selecionados em duas etapas seguindo os critérios de elegibilidade. Primeiramente, os estudos serão selecionados pela leitura de títulos e resumos. A segunda etapa ou etapa de análise textual será realizada por último, de acordo com os critérios de elegibilidade. Todas as etapas serão realizadas de forma independente por dois revisores. Após a comparação dos resultados, qualquer caso de discrepância será resolvido pela análise de um terceiro revisor.

Extração e gerenciamento de dados

Dois revisores extrairão dados dos estudos selecionados independentemente. As discrepâncias serão resolvidas pela análise de um terceiro revisor. Os dados especificados abaixo serão extraídos por ambos os revisores e documentados.

1) Características da publicação: título, periódico, autor, ano, país, tipo de publicação e conflito de interesse.

2) Participantes do estudo: número de participantes do estudo e suas características sociodemográficas.

3) Instrumento utilizado para mensuração da variável de interesse.

4) Qualidade dos estudos: a qualidade metodológica dos estudos de coorte e caso-controle será analisada através da Escala de Newcastle-Ottawa (20).

SÍNTESE DE DADOS

Meta-análise será inicialmente planejada, mas foi considerada inadequada por causa da heterogeneidade dos estudos identificados previamente. Portanto, os resultados serão apresentados em forma de tabela juntamente com uma síntese narrativa de acordo com as variáveis coletadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que, com a realização dessa pesquisa, seja analisado o nível de cultura de segurança em ambientes hospitalares, bem como as principais estratégias utilizadas para aumentar os níveis de segurança dos cuidados em saúde. A medição da cultura de

segurança permite que os líderes implementem estratégias direcionadas para melhorar dimensões específicas da cultura de segurança. Essas estratégias, em última análise, podem melhorar as condições de trabalho da equipe e os cuidados que os pacientes recebem.

Os resultados gerados serão submetidos a publicação em revista científica indexada, possibilitando que a população e profissionais de saúde possam ter conhecimento do nível da cultura de segurança de acordo com a literatura nacional e internacional. Auxiliar-se-á na identificação de estratégias e uso das mesmas pelos gestores dos serviços hospitalares para garantia de uma melhor segurança ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Kumbi M, Hussen A, Lette A, Nuriye S, Morka G. Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study. Drug Healthc Patient Saf. 2020;12:1-14

2. El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. Int J Qual Health Care. 2010;22(5):386–95.

3. van Noord I, de Bruijne MC, Twisk JW. The relationship between patient safety culture and the implementation of organizational patient safety defences at emergency departments. Int J Qual Health Care. 2010;22(3):162–9.

4. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med. 2013;158(5 Pt 2):369-374.

5. The Joint Commission. Revisions to LD.03.01.01. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012. Accessed at www.jointcommission.org/assets/1/6/Pre-Pubs_LD.03.01.01_HAP.pdf on 8 April 2022.

6. Braithwaite J, Westbrook MT, Travaglia JF, Hughes C. Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. Qual Saf Health Care. 2010;19:229–33.

7. Singer SJ, Vogus TJ. Safety climate research: taking stock and looking forward. BMJ Qual Saf. 2012

8. KOHN, L. T. et al. To err is human. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

9. Mardon RE ,Khanna K ,Sorra J ,e outros. Explorando as relações entre a cultura de segurança do paciente hospitalar e eventos adversos . J Paciente Saf 2010 ; 6 : 226 - 32.

10. Hansen L ,Williams M ,Cantor S. Percepções de clima de segurança hospitalar e incidência de readmissão . Serviço de Saúde Res 2010 ; 42 : 596 - 616 .

11. Singer SJ, et al. Safety climate research: taking stock and looking forward. BMJ Qual Saf 2013;22:1–4. doi:10.1136/bmjqs-2012-001572

12. Ghasemi M, Khoshakhlagh AH, Mahmudi S, Fesharaki MG. Identificação e avaliação de erros médicos na área de triagem de um hospital educacional usando a técnica SHERPA no Irã. Int J Occup Saf Ergon. 2015;21(3):382–90.

13. Khater W, Akhu-Zaheya L, Al-Mahasneh S, Khater R. Percepções dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospitais jordanianos. J Nurs Res. 2015;62(1):82–91.

14. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Desafiando a cultura de segurança do paciente: resultados da pesquisa. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2007;20(7):620–32.

15. Abbasi M, Zakerian A, Akbarzade A, et al. Investigação da relação entre capacidade para o trabalho e qualidade de vida relacionada ao trabalho em enfermeiros. Irã J Saúde Pública. 2017;46(10):1404.

16. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Preditores e resultados da cultura de segurança do paciente em hospitais. BMC Health Serv Res. 2011;11(1):1–12.

17. Basson T, Montoya A, Neily J, Harmon L, Watts BV. Melhorando a cultura de segurança do paciente: relato de uma intervenção multifacetada. J Paciente Saf. 2018;14(2):107–11.

18. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? how to do it? **Einstein** [Internet]. 2010[cited 2018 Mar 06]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf

19. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. Ann Intern Med. [Internet] 2009 [cited June 14 2016];151(4):264-9. A

20. G.A. Wea. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Avaliable in: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp. 2000.

CAPÍTULO 12

PERCEPÇÃO DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM SOBRE O PROJETO UEPA NAS COMUNIDADES

Data de aceite: 04/07/2022
Data de submissão: 13/05/2022

Kethully Soares Vieira
Instituto de Educação Integrada Albert Einstein
http://lattes.cnpq.br/9519229390447554

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/7018675645764020

Daniele Rodrigues Silva
Secretaria de Saúde Municipal de Belém.
http://lattes.cnpq.br/7176971271701037

Samantha Modesto de Almeida
Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA)
http://lattes.cnpq.br/6757126075450298

Manoel Victor Martins Marinho
Instituto Evandro Chagas (IEC)
Belém – Pará
https://orcid.org/0000-0003-1391-391X

RESUMO: Foi criado no ano de 2009 o MUTIRÃO DA CIDADANIA apoiado pelo Governo do Estado do Pará e outros órgãos, no qual tratava de um conjunto de ações de cunho social e educativo, visando atender a população com serviços básicos. No ano seguinte, a Pró-Reitoria de extensão da Universidade do Estado do Pará, deu continuidade ao projeto porém com o nome de UEPA NAS COMUNIDADES, com o propósito de interagir e devolver à comunidade as produções acadêmicas e aprendizagem. Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no projeto já citado. O projeto oferece atendimentos de acordo com os cursos de cada aluno e profissional integrante, sendo eles de consultas pediátricas; avaliação física; Programa HIPERDIA com verificação de glicemia e pressão arterial; palestras e oficinas; Coleta para exame do PCCU, entre outros. Atuando em várias cidades do estado, incluído metropolitanas, interiores e comunidades ribeirinhas. Através do projeto vivenciamos ações de ensino, pesquisa e extensão, além de ter a satisfação de levar atendimento de saúde até localidades necessitadas, fomentando a melhora na qualidade de vida de diversos públicos e nosso aprendizado. Tais ações, são importantíssimas para nosso crescimento pessoal e sobretudo profissional, uma vez que realizamos atendimentos até mesmo de forma improvisada, porém com bastante disposição, tornando a comunidade satisfeita e receptiva à novas ações. Em todas ações conseguimos praticar cada um dos oito instrumentos básicos de enfermagem propostos pela Enfermeira Wanda de Aguiar Horta, principalmente no que diz respeito ao trabalho em equipe, criatividade, destreza manual e comunicação, o que nos tornará profissionais diferenciados no mercado de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem em Saúde Comunitária, Enfermagem em Saúde Pública, Estudantes de Enfermagem.

PERCEPTION OF NURSING STUDENTS ABOUT "UEPA NAS COMUNIDADES" PROJECT

ABSTRACT: In 2009, the "MUTIRÃO DA CIDADANIA" was created, supported by the Government of the State of Pará and other bodies, in which it dealt with a set of social and educational actions, aiming to serve the population with basic services. In the following year, the Dean of Extension of the University of the State of Pará, continued the project but with the name of "UEPA NAS COMUNIDADES", with the purpose of interacting and returning to the community the academic productions and learning. Report the experience of nursing students in the aforementioned project. The project offers services according to the courses of each student and professional member, including pediatric consultations; physical assessment; HIPERDIA program with blood glucose and blood pressure checks; lectures and workshops; Collection for PCCU exam, among others. Acting in several cities in the state, including metropolis, rural areas and riverside communities. Through the project, we experience teaching, research and extension actions, in addition to having the satisfaction of taking health care to needy locations, promoting an improvement in the quality of life of various audiences and our learning. Such actions are very important for our personal and, above all, professional growth, since we provide care even in an improvised way, but with a lot of disposition, making the community satisfied and receptive to new actions. In all actions we were able to practice each of the eight basic nursing tools proposed by Nurse Wanda de Aguiar Horta, especially with regard to teamwork, creativity, manual dexterity and communication, which will make us differentiated professionals in the job market.
KEYWORDS: Community Health Nursing, Public Health Nursing, Nursing Students.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2009 foi criado o MUTIRÃO DA CIDADANIA apoiado pelo Governo do Estado do Pará e outros órgãos, que se tratava de um conjunto de ações de cunho social e educativo, visando atender a população com serviços básicos, oferecendo às populações serviços essenciais de saúde, segurança, educação, lazer, informação, assistência social e cidadania.

A Universidade do Estado do Pará (UEPA), por meio da Pró-Reitoria de extensão (PROEX), participou das ações coordenadas por docentes e discentes de diversos cursos, promovendo a interação entre Universidade e comunidade. No ano de 2010, a UEPA deu continuidade ao projeto, porém com o nome de UEPA NAS COMUNIDADES, com o propósito de interagir e devolver à comunidade as produções acadêmicas e aprendizagem.

Entre as atividades desenvolvidas pelo projeto podemos citar: atenção à saúde da criança através de consultas pediátricas; avaliação física e nutricional; programa HIPERDIA com verificação de pressão arterial e glicemia; palestras e oficinas sobre DST/AIDS, Educação Ambiental, Contadores de Estórias e Saúde da Família; exame do PCCU; Oficina de reaproveitamento de Garrafas PET; Atividades de Brinquedoteca; Teatro de Fantoches; Musicalização; Desenho; Oficina do Observatório Nacional dos Direitos da Criança e do

Adolescente; Palestras sobre sexualidade; Reeducação Postural, entre outros.

O projeto tem sua essência fundamentada em garantir a integração das ações de ensino, pesquisa e extensão para proporcionar o crescimento acadêmico com experiências inovadoras na UEPA, visto que o processo de ensino aprendizagem dar-se-á dentro e fora da universidade. Diante disso, esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no projeto UEPA NAS COMUNIDADES.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Foi realizado a partir da observação das atividades desempenhadas nas ações do projeto UEPA nas comunidades.

A equipe técnica do projeto é composta por docentes, servidores e estudantes da UEPA e de outras Instituições de Ensino Superior (IES) e vários órgãos públicos parceiros.

O projeto oferece atendimentos de acordo com os cursos de cada aluno e profissional integrante, sendo eles de consultas pediátricas; avaliação física; Programa HIPERDIA com verificação de glicemia e pressão arterial; palestras e oficinas; Coleta para exame do PCCU, entre outros. Atuando em várias cidades do estado, incluído regiões metropolitanas, interiores e comunidades ribeirinhas.

As ações são planejadas por meio de reuniões nas quais os discentes e profissionais traçam estratégias para atender as necessidades da população diante de conhecimento prévio do município que será contemplado com as atividades do projeto; respeitando as especificidades de cada população.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020) os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) podem ser definidos como as situações sociais, políticas, econômicas e culturais nas quais as pessoas vivem desde o nascimento, também inseridas em um sistema de saúde local, que influenciam seu estado de saúde.

As ações do projeto nos ajudam a conhecer os Determinantes Sociais da Saúde das populações, pois em cada atendimento é possível perceber as diferentes necessidades das pessoas. Não deve existir privilégio de uns em detrimento de outros, e o respeito às especificidades é fundamental para garantir a equidade (BARRÓS; SOUSA, 2016).

Através do projeto vivenciamos ações de ensino, pesquisa e extensão, além de ter a satisfação de levar atendimento de saúde até localidades necessitadas, fomentando a melhora na qualidade de vida de diversos públicos e nosso aprendizado.

As ações nos possibilitaram praticar os instrumentos básicos de enfermagem: observação, comunicação, planejamento, avaliação, trabalho em equipe, método científico,

aplicação de princípios científicos, destreza manual e criatividade; que são muito relevantes em nossa formação enquanto enfermeiros, pois é por meio deles que ocorre a interação entre o enfermeiro, paciente e equipe (CIANCIARRULO, 2003).

As estratégias utilizadas são relevantes na expressão dos profissionais. A fala, o toque e contato, o olhar, os gestos, o lúdico, a atitude e as ações de cuidar, vão ajudar muito na absorção das informações repassadas (BARBOSA; SILVA, 2007).

É neste contexto, que o profissional deve proporcionar o cuidado humanizado; oferecendo assistência digna a seus pacientes, baseada não somente na técnica, mas também na atenção, carinho, diálogo e amor, para que assim possa haver uma resposta de ambos os lados (BRASIL, 2013).

4 | CONCLUSÃO

Em um país com dimensões continentais e várias realidades diferentes de regiões a regiões, é necessário haver gestão, planejamento, formação e assistência alinhados.

Tais ações, são importantíssimas para nosso crescimento pessoal e sobretudo profissional, uma vez que realizamos atendimentos até mesmo de forma improvisada, porém com bastante disposição e criatividade, visto que o discente e futuro profissional precisa estar preparado para as situações adversas que os desafiam; tornando a comunidade satisfeita e receptiva à novas ações.

Em todas as ações conseguimos praticar cada um dos oito instrumentos básicos de enfermagem propostos pela Enfermeira Wanda Horta de Aguiar, principalmente no que diz respeito ao trabalho em equipe, criatividade, destreza manual e comunicação, o que nos tornará profissionais diferenciados no mercado de trabalho.

Como lembrou Paulo Freire, patrono da educação brasileira: “A inclusão acontece quando se aprende com as diferenças e não com as igualdades.” Portanto, a saúde é condição que deve ser acessível a todos: pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas, privados de liberdade, pessoas que vivem em situação de rua, usuários de álcool e drogas; levando em consideração as diferenças de cada um e as suas necessidades.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I.A.; SILVA, M.J.P. **Cuidado Humanizado de Enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.60, n.5, 2007. Disponível em: <scielo.br>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BARRÓS, F.P.C.; SOUSA, M.F. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS**. Revista Saúde Soc, São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos Básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The END TB strategy**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 04 fev. 2022.

CAPÍTULO 13

ESTRATÉGIAS PARA APRIMORAR A INTERAÇÃO ENTRE OS ATORES ENVOLVIDOS NA PRECEPTORIA EM ENFERMAGEM NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - HUMAP

Data de aceite: 04/07/2022

Odila Paula Savenhago Schwartz
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Escola de Saúde - ESUFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Curso de Especialização de Preceptoria em Saúde
Campo Grande - MS

José Felipe Costa da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Escola de Saúde - ESUFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Curso de Especialização de Preceptoria em Saúde
Campo Grande - MS

Renata Carmel de Araújo Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Escola de Saúde - ESUFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Curso de Especialização de Preceptoria em Saúde
Campo Grande - MS

RESUMO: Introdução: A preceptoria em enfermagem é de suma importância no contexto do ensino-aprendizagem nos campos de estágios, proporciona segurança e confiança aos alunos, auxilia-os no desenvolvimento da aprendizagem e raciocínio critico-reflexivo. **Objetivo** implementar estratégias para aperfeiçoar a comunicação entre os atores envolvidos na preceptoria em enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção que utilizará a Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez. **Considerações finais:** Esse método, além de estimular os alunos na busca de novos conhecimentos, melhora assimilação de conteúdo, o entendimento dos objetivos a serem alcançados, aperfeiçoando assim o objeitvo final, que é melhor atender ao paciente.
PALAVRAS-CHAVE: Preceptoria; Enfermagem; Comunicação.

ABSTRACT: Introduction: Confidence in the fields of reflective teaching in students, confidence in the fields of teaching-reflective in students, confidence in the fields of teaching-reflection in students. **Objectives** oriented towards communication between users implemented in nursing. **Methodology**: This is an intervention project that will use the Problematization Methodology with the Arch of Maguerez. **Final considerations**, in addition to stimulating new knowledge, improve students' assimilation of content, the method of optimizing the objectives to be obtained by students, thus improving the best patient care.
KEYWORDS: Preceptorship; Nursing; Communication.

1 I INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com a Constituição Federal de 1988, no Art. 200, ao sistema único de saúde (SUS) compete dentre outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na

área de saúde (inciso III), (BRASIL, 1988). Posterior a isso, em 2011 o Ministério da Educação delibera as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que representam um padrão legal na história da educação para a saúde, pois guiam os currículos dos cursos de graduação, além de determinar quais características são esperadas dos profissionais (CARRAD, 2016). Em 2018 houve a aprovação da proposta das Diretrizes curriculares Nacionais para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem (DCN/ENF), (BRASIL, 2018). Baseado nessas diretrizes, no que tange as características supracitadas esperadas dos profissionais de enfermagem, dentre as habilidades e competências gerais do enfermeiro, a educação permanente é uma das aptidões mais significativas na formação desse profissional. Visto que, ela determina a responsabilidade e o compromisso do mesmo com a educação e o treinamento das gerações subsequentes de profissionais (FERREIRA; DANTA; VALENTE, 2018).

A enfermagem se objetiva nas práticas e nas ações da assistência, da atenção ao cuidado, no ensino, na pesquisa e na gestão. É imposto à enfermagem o desafio da educação, seja na graduação, pós-graduação, ensino, pesquisa e na formação básica. Através de uma construção da relação entre educação e trabalho é edificada a formação profissional. As DCN/ENF estabelecem e definem os princípios, fundamentos e as finalidades que regem a formação dos enfermeiros e organizam o desenvolvimento de competências (BRASIL, 2018).

O SUS representa um grandioso campo de atuação de estágio supervisionado e exercício profissional para área da enfermagem. O estágio supervisionado faz parte das DCN/ENF e contribuiu para a aprendizagem da prática, preparação do aluno através do contato com a rotina dos serviços de saúde, bem como para a solidificação de conhecimentos adquiridos no decorrer da academia. Ocorre nos dois últimos semestres do curso e são desenvolvidos em unidades Hospitalares e Unidades básicas de saúde, e devem corresponder a 20% da carga horária total do curso (RODRIGUES; *et al.*, 2014).

Nesse contexto, para atender a demanda dos estágios supervisionados, o enfermeiro preceptor é um dos profissionais responsáveis pelo treinamento e acompanhamento do aluno no ambiente da formação durante o período prático. Ele deve apresentar conhecimento teórico, didático e político, oferecendo ao aluno o entendimento dos propósitos da enfermagem. Experiência e discernimento são imprescindíveis para unir a graduação ao mercado de trabalho. Além disso, o preceptor em enfermagem deve visualizar o perfil de novos egressos e também estar preparado para direciona-los. A integração ensino-serviço tem o propósito de envolver a escola e o trabalho em saúde, em relação ao processo saúde-doença (FERREIRA, 2017; RODRIGUES, *et al.*, 2014).

Pesquisa realizada em 2014, revelou dificuldades no âmbito da preceptoria em saúde e teve como resultado dentre outros achados que, preceptores não se entendem esclarecidos quanto aos processos que legitimam os estágios, como objetivos e conteúdos didáticos; que sentem falta de capacitação para docência e carência de integração entre os

preceptores (RODRIGUES, *et al.,* 2014)

Despreparo pedagógico, dificuldade para orientar estudantes, inadequação dos serviços à docência, infraestrutura hospitalar, são apontadas como dificuldades pelos enfermeiros preceptores nos serviços de saúde. Falhas no planejamento e na comunicação entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e os serviços de saúde, são empecilhos significativos para o reconhecimento e a valorização do preceptor em relação a sua contribuição para formação dos profissionais da saúde. Com o intuito de fortalecer vínculos, melhorar o campo de estágios para que aconteça o fenômeno de ensino-aprendizagem de qualidade, há necessidade de uma maior aproximação entre as IES formadoras e os serviços de saúde, assim como necessidade de capacitação aos enfermeiros-preceptores, visto que são a ponte para os alunos entre a teoria e a prática (LIMA; ROZENDO, 2015).

Diante do exposto e levando em consideração os achados que representam as dificuldades dos enfermeiros frente ao papel de preceptor, contribuindo para a formação e o ensino-aprendizagem, justifica-se esse Plano de Preceptoria com o intuito primário de capacitação dos preceptores, melhora na comunicação e no acessos entre os atores envolvidos, indagando-se com a seguinte questão: quais estratégias podem ser implementadas para aperfeiçoar a interação e a comunicação entre os atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem na preceptoria em enfermagem no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul?

A relevância do estudo baseia-se na premissa de alinhar a comunicação entre os alunos/estudantes, enfermeiros preceptores, IES, professores responsáveis e equipe de enfermagem. Com o intuito de que, durante o de estágio supervisando, todos os envolvidos estejam cientes de seus papeis e atividades, bem como organizar tempo para reuniões/discussões periódicas entre esses, sanando dúvidas e realizando direcionamentos e orientações. Que o objetivo final da preceptoria/estágio seja alcançado por todos os atores envolvidos.

Por fim, almeja-se por organização e comunicação no ensino-aprendizagem na prática da enfermagem hospitalar.

2 | OBJETIVO

Organizar ações de capacitação para os preceptores e implementar estratégias para aperfeiçoar a comunicação e o envolvimento entre os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem na preceptoria em enfermagem.

3 | METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um projeto de intervenção, do tipo plano de preceptoria que utilizará a

metodologia da problematização com o Arco de Maguerez, que tem como ponta pé inicial a realidade que, quando observada sob diversos ângulos permite ao pesquisador extrair e identificar os problemas ali existentes. O esquema do Arco é o seguinte:

Figura 1 – O Arco de Maguerez

Fonte: Reproduzido de Colombo e Berbel, 2007.

Então, a primeira etapa consiste na **observação da Realidade**: é o início de um processo de apropriação de informações. Oportunidade de observar a realidade, fazendo uma primeira leitura da situação e definição do problema.

Após a definição do problema, ocorre uma análise reflexiva acerca dos possíveis fatores e determinantes que estão mais relacionados ao problema. Essa reflexão culminará na definição de **Pontos-chaves**, que poderão ser em forma de questões básicas que se apresentam para o estudo; afirmações sobre o aspecto do problema; tópicos a serem investigados, dentre outros.

Na terceira etapa – **a da teorização** – as informações coletadas são analisadas e avaliadas quanto a sua importância para a solução do problema. Em suma, é o momento de construir respostas mais elaboradas para o problema.

Hipóteses de solução: nessa etapa, o pensamento criativo e original deve ser estimulado para se alcançar alternativas para solucionar o problema de acordo com a realidade existente.

Aplicação à realidade: essa última etapa é a que possibilita intervir, praticar e manejar as situações associadas para solução do problema, é colocar em pratica as hipóteses de solução para o problema.

3.2 Local do estudo / público-alvo / equipe executora

O plano de preceptoria será desenvolvido no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP, vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS. HUMAP/UFMS, reinaugurado em 1975, está localizado na Av. Sen. Filinto Müler, 355 - Vila

Ipiranga, na cidade de Campo Grande – Mato Grosso do Sul.

O HUMAP-UFMS é referência estadual em doenças infectocontagiosas e procedimentos de alta complexidade no tratamento de pacientes com HIV, terapia renal, diagnose, cirurgia cardiovascular, hemodiálise e neurologia, além de gestação de alto risco, urologia, tratamento com tomografia e litotripsia ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Conta com 232 leitos. Em 18 dezembro de 2013, o Humap passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), vinculada ao Ministério da Educação.

Os serviços de assistência em saúde são exclusivamente para pacientes do Sistema único do Saúde, o SUS. A assistência ao paciente é prestada nas seguintes modalidades: ambulatorial; internações em enfermarias; unidades especializadas para a recuperação de pacientes de alto risco imediato pelo Centro de Terapia Intensivo (CTI) Adulto, Pediátrico e Neonatal, Unidade Coronariana (UCO), unidades de atendimentos cirúrgicos, serviços de oncologia e hemodiálise e atendimento domiciliar. O HUMAP-UFMS oferece ainda cursos de ensino técnico, graduação e pós-graduação da UFMS e instituições externas, além de cursos de extensão.

O cenário do plano será a Unidade de Clinica Cirúrgica I. A unidade é composta por 20 leitos que atende pacientes pré e pós-operatório de cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia bariátrica e cirurgia de cabeça e pescoço. Sua característica estrutural é comporta por nove enfermarias, sendo cinco enfermarias com dois leitos, duas enfermarias com quatro leitos e duas enfermarias com um leito cada. Trata-se de uma clínica mista por atender pacientes de ambos os sexos.

Os atores envolvidos no plano de preceptoria são os integrantes da equipe de enfermagem – enfermeiros, técnicos, auxiliares, e equipe multiprofissional – médicos, fisioterapeutas e nutricionistas. Os alunos/acadêmicos, em conjunto com professores, supervisores responsáveis pelos estagiários, e responsáveis pelo programa nas IES e no Hospital.

3.3 Elementos do plano de preceptoria

O desenvolvimento do plano de preceptoria se dará da seguinte forma:

Observação da Realidade: enquanto enfermeira assistencial e preceptora no hospital universitário, tenho como inquietação a falta de comunicação e planejamento no processo de ensino-aprendizagem entre os atores envolvidos na preceptoria em enfermagem no setor.

Pontos-chaves: falta de comunicação para compreender os objetivos a serem alcançados pelos alunos durante o estágio supervisionado; bem como para compreender meu papel para o desenvolvimento das atividades dos alunos; falta de tempo e de comunicação para melhor envolvimento entre alunos sob minha supervisão.

Teorização: buscar através da metodologia ativa embasamento teórico-cientifico

para aplicar as respostas mais elaboradas ao problema sumariamente proposto nesse caso de plano de preceptoria.

Hipóteses de solução: Implementação de um momento para escuta e discussão entre os alunos e profissionais no campo de estágio – atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem na preceptoria em enfermagem - com o objetivo de que, tanto alunos quanto preceptores saibam seus papeis nesse processo, para que ambos alcancem seus objetivos e se complementem-se mutuamente.

Aplicação à realidade: Assim que os alunos chegarem ao campo de estágio, implementar como modelo de rotina um momento de conversa, escuta e discussão, onde cada ator envolvido irá expor seus papeis nesse processo. Quais os objetivos que os alunos precisam alcançar durante o período de estágio no setor; qual o papel do enfermeiro – preceptor nesse processo; e desenvolver momentos de interação entre alunos e preceptores, juntamente com professores e coordenadores do curso. Após os esclarecimentos das metas e objetivos de cada ator envolvido, a cada semana realizaremos uma discussão, momento esse que pode ser utilizado para discussão de casos de pacientes, bem como para sanar dúvidas a respeito do processo que cada um está desenvolvendo. A meta final da proposta, é proporcionar segurança aos alunos e preceptores para que todos possam desenvolver na prática uma assistência de qualidade e segurança ao paciente. O espaço que será utilizado para esse momento será a sala de prescrição de enfermagem e estipularemos um tempo de 30 minutos. As seguintes etapas serão percorridas:

1ª etapa: Análise detalhada do problema e esclarecimento dos termos e conceitos desconhecidos.

2ª etapa: averiguar se o grupo de alunos está ciente a respeito do assunto. Levantar questões sobre o tema e formular hipóteses.

3ª etapa: de forma resumida e sucinta, registrar por meio de um relatório, de que forma o nosso grupo de alunos estão tentando resolver o problema levantando**.**

4ª etapa: levantar pontos que são importantes aos alunos conhecerem e aprenderem, enfatizando conceitos para que sejam apresentados e aprendidos.

6ª etapa: retornar com o grupo para discutir o que foi absorvido e entendido, proporcionando momento para discutir o que foi aprendido e o que ainda precisa ser solucionado.

7ª etapa: por fim, é recomendável um relatório com soluções e recomendações proposta pelos alunos, que contenha os aspectos do problema que não foram resolvidos, e a avaliação do processo devolvido.

3.4 Fragilidades e oportunidades

<table>
<tr><th colspan="4">MATRIZ SWOT</th></tr>
<tr><td rowspan="2">FATORES EXTERNOS</td><td>OPORTUNIDADES</td><td rowspan="2"></td><td>AMEAÇAS</td></tr>
<tr><td>Ser preceptor de referência para os alunos e desenvolvimento de determinadas práticas e atividades;
Desenvolver um relacionamento com as Universidades;
Realizar assistência de enfermagem em diversas áreas e especialidades médicas;
Crescente número de profissionais da saúde em processo de formação e capacitação.</td><td>Falta de comunicação entre profissional-preceptor com os professores dos alunos/residentes que estão no nosso ambiente de trabalho, bem como o não conhecimento da ementa desses alunos, e os objetivos de aprendizagem deles.
Também, até onde vai nosso ensino e nossa cobrança para com esses alunos.
Nem todos os envolvidos sabem os seus próprios papeis, assim como, não sabem do outro.
Poucas oportunidades de capacitação dos profissionais para o uso de praticas pedagógicas; falta de capacitação e preceptoria;</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">FATORES INTERNOS</td><td>FORTES</td><td rowspan="3"></td><td>FRACOS</td></tr>
<tr><td>Profissionais treinados e especializados para o atendimento ao paciente;
Disponibilidade de manuais e procedimentos operacionais padrão;
Materiais e equipamentos de qualidade para prestar assistência ao paciente;
Hospital Escola com elevado potencial para aprendizado e desenvolvimento de habilidades;
Equipe com receptividade positiva e comprometida em ajudar e ensinar quando necessário os residentes e alunos.</td><td>Falta de plano de preceptoria para o ensino-aprendizagem dos alunos, com as orientações a cerca do desenvolvimento das atividades;
Pouca interação entre os profissionais do hospital e os profissionais da instituição de ensino;
Falta de interesse por parte de alguns acadêmicos;</td></tr>
<tr><td>POSITIVO</td><td>NEGATIVO</td></tr>
</table>

3.5 Processo de avaliação

Como forma de avaliação do processo do plano de preceptoria será aplicado um questionário para obtenção do feedback dos alunos e preceptores, dessa forma proporcionando aprimoramento do método e adaptando a realidade vivenciada (APÊNDICE A).

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um cenário de ensino-aprendizagem como é no caso da preceptoria em saúde, a comunicação eficaz entre os atores envolvidos se faz primordial para o envolvimento e desenvolvimento de todos e o alcance suas metas e objetivos. O uso da metodologia ativa proporciona significativa aprendizagem, maior fixação do conhecimento, melhor desenvolvimento de competências, estimula capacidade crítico-reflexiva e contribui para o

aumento da autonomia e autoestima dos alunos e preceptores.

A ideia para melhorar essa comunicação é que, em um primeiro momento cada turma de alunos, seja residência multiprofissional, seja acadêmicos do último ano tenham esse momento para discussão de seus papeis no setor, o objeto é a comunicação entre todos os envolvidos, alinhando ideias, opiniões, e objetivos a serem alcançados. Após essa resolução, e o estabelecimento de uma comunicação eficaz, podemos utilizar esse momento de conversa, discussão e escuta para desenvolver estratégias de assistência até o término do período desse grupo de alunos. Recomeçando com o próximo grupo nessa estratégia e assim sucessivamente.

Essas estratégias são fundamentais para nosso objetivo final e comum, melhorando a qualidade do ensino aprendizagem e a assistência prestada aos pacientes sobre os nossos cuidados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 573/18.** Brasil, 2018. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847.> Acesso em 22 jun. 2020.

CARRARD, G. G. **Preceptoria no SUS: análise da integração Ensino-Serviço e das Práticas Pedagógicas no contexto da Atenção Primária à Saúde**. Dissertação. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/561/1/Gabriela%20Grechi%20Carrard_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf.> Acesso em 22 jun. 2020.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

FERREIRA, Francisco Das Chagas; DANTAS, Fernanda de Carvalho; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti. Saberes e competências do enfermeiro para preceptoria em unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1564-1571, 2018.

LIMA, P. A. B., ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, Supl 1:779-91, 2015.

RODRIGUES, A. M. M., FREITAS, C. H. A., GUERREIRO, M. G. S., JORGE, M. S. B. Preceptoria na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 35, n.2, p. 106-12, jun. 2014.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário Avaliativo

Questionário avaliativo		
I Dados de identificação		
Data:___/___/___		
( ) Aluno	**( ) Preceptor**	
Nome:		
Idade:	**Sexo:**	**Escolaridade:**
Fase da graduação e/ou residência que está cursando:		
II Questionário		
1) Qual o objetivo do estágio supervisionado para sua vida acadêmica?		
2) Qual a importância do estágio para sua vida profissional?		
3) Você sabe qual a importância e o papel do enfermeiro preceptor?		
4) Você acha que o plano de intervenção, juntamente com as estratégias relacionadas, melhora a interação entre todos os envolvidos?		

CAPÍTULO 14

PERSPECTIVA HISTÓRICA DO ENSINO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão 10/05/2022

Ilma Pastana Ferreira
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/1650337093024641

Antônia Margareth Moita Sá
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/6189945546770032

Iranete Pereira Ribeiro
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/6743348104764665

Christiane de Carvalho Marinho
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/4865630368923535

Rafaella Fernanda Siqueira Pinto
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/2856881875465614

Marcelo dos Santos Rodrigues
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/2856881875465614

Jofre Jacob da Silva Freitas
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/2023282005842112

Kátia Simone Kietzer
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/7986644672973004

Lizomar de Jesus Maués Pereira Moia
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Belém – Pará
http://lattes.cnpq.br/8335502787825672

RESUMO: **Introdução:** O conceito ampliado de saúde-doença e de acordo com as novas necessidades da comunidade acadêmica, leva a necessidade de estudos sobre a evolução do ensino em enfermagem. **Objetivo**: refletir acerca da transformação ocorrida no ensino em saúde nos cursos de graduação em Enfermagem. **Materiais e Métodos:** Estudo qualitativo transversal do tipo revisão integrativa de literatura com pesquisa nas bases de dados BVS, LILACS, MEDLINE, BDENF e ERIC, na temática ensino em saúde, e a Enfermagem, versando sobre currículo, educação superior e aprendizagem, com o objetivo de refletir sobre o processo de evolução do ensino em saúde nos cursos de graduação em Enfermagem. A pesquisa resultou no encontro de 20 artigos voltados a evolução do ensino em saúde em enfermagem. **Resultados e conclusões:** Os resultados observados apontam para a necessidade de situar acerca das mudanças ocorridas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN´s) dos cursos de graduação da área da saúde. Para atender às exigências da nova LDB, foram elaboradas as novas DCN´s dos Cursos de Graduação no Brasil a partir de

1996 visando um perfil de egresso com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos e voltados para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os docentes como figura de destaque no processo de inovação curricular assim como o uso de métodos ativos de aprendizagem com a finalidade de contribuir para a construção de uma lógica de cuidado mais ampliado e integral. Continuidade de fomento de um mercado de trabalho tecnológico, inovador e proativo, como fator de transformação da realidade na assistência à saúde da sociedade.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Ensino. Evolução.

HISTORICAL PERSPECTIVE OF NURSING TEACHING: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: The expanded concept of health-disease and in accordance with the new needs of the academic community, leads to the need for studies on the evolution of nursing education. Objective: to reflect on this transformation that occurred in health education in undergraduate nursing courses. Materials and Methods: Qualitative cross-sectional study of the integrative literature review type with research in the BVS, LILACS, MEDLINE, BDENF and ERIC databases, on the theme of teaching in health, and Nursing, dealing with curriculum, higher education and learning, with the objective to reflect on the evolution process of health education in undergraduate nursing courses. The research resulted in the finding of 22 articles focused on the evolution of health education in nursing. Results and conclusions: The observed results point to the need to situate about the changes that have occurred in the National Curriculum Guidelines (DCN's) of undergraduate courses in the health area. To meet the requirements of the new LDB, the new DCN's of Undergraduate Courses in Brazil were created from 1996, aiming at a profile of graduates with generalist, humanist, critical and reflective training; qualified professional for the practice of Nursing, based on scientific and intellectual rigor, based on ethical principles and focused on the Unified Health System (SUS). Teachers as a prominent figure in the curriculum innovation process, as well as the use of active learning methods in order to contribute to the construction of a broader and more comprehensive care logic. Continuing the promotion of a technological, innovative and proactive labor market, as a factor in transforming the reality of healthcare in society.
KEYWORDS: Nursing. Teaching. Evolution.

1 | INTRODUÇÃO

Desde o início do século XX, o ensino em saúde sofreu influência do modelo capitalista dominante na sociedade, especialmente na área médica, com impactos marcantes na sociedade, no modo de viver e interpretar o processo saúde e doença. Pode-se identificar através de relatórios como de Flexner, com seu modelo biomédico, o qual estava fortemente ligado ao poderio norte americano, muito embora, tempos depois essa influência tenha mudado de acordo com outro relatório de Lalonde, o qual se opunha ao anterior, desvendando a complexidade do processo educacional em saúde, bem como seus determinantes sociais sobre o processo saúde e doença PAGLIOSA, DAS ROS, 2000).

Após mais de 100 anos da prática de modelo flexneriano, fez-se necessário uma reformulação das propostas curriculares para a formação na área da saúde, fundamentais para o conceito ampliado de saúde-doença e de acordo com as novas necessidades da comunidade acadêmica. Nesse cenário, surge a partir de 1974, Marc Lalonde, ministro da saúde canadense, a publicação do documento Uma Nova Perspectiva Para a Saúde dos Canadenses, que ampliou a visão do conceito de saúde para além do ambiental e cultural e desencadeou uma série de iniciativas lideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), começando com a Assembléia de Alma Ata (Organização Mundial da Saúde; 1977), na então União Soviética, da qual resultou a Declaração de Alma Ata. Essa declaração que preconizava saúde para todos no ano 2000 e a importância da atenção básica como recomendação chave, ressaltava também a necessidade da participação comunitária e a interação intersetorial para a saúde (SOUZA, GRUNDY, 2004).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo transversal do tipo revisão de literatura realizado nas bases de dados BVS, LILACS, MEDLINE, BDENF e ERIC, nos últimos 10 anos, na temática ensino em saúde, e a Enfermagem, versando sobre currículo, educação superior e aprendizagem, com o objetivo de refletir sobre o processo de evolução do ensino em saúde nos cursos de graduação em Enfermagem.

Foram utilizados os termos nos idioma português, inglês e espanhol orientados pelos Descritores em Ciência da Saúde (DeSC): “Enfermagem”, “Ensino e “Evolução”. Termos livres (TL) considerados fundamentais para maior abrangência de resultados de busca para esta pesquisa também foram utilizados.

A pesquisa resultou no encontro de 20 artigos que abordavam o ensino e a formação profissional em Enfermagem e suas novas perspectivas dentro de um currículo mais integrado, dinâmico e voltado para o aluno, com práticas tecnológicas, fortalecendo o pensamento crítico do futuro profissional.

3 | RESULTADOS

A análise dos artigos selecionados resultou nos dados representados no Quadro 1 abaixo.

ANO	TÍTULO	CONTRIBUIÇOES
2021	Dez competências para ensino-aprendizagem da consulta de enfermagem e integralidade em saúde: uma revisão integrativa	elencou dez competências para o fortalecimento da consulta de enfermagem, enfatizando o processo de formação do enfermeiro para a prática do cuidado integral na atenção primária à saúde
2021	Qualidade metodológica da validação de estudos sobre cenários simulados em enfermagem	a validação dos estudos sobre cenários clínicos foi capaz de sustentar evidências confiáveis para a adoção no ensino por meio da simulação em enfermagem.
2021	Desenvolvendo o pensamento crítico no ensino de Enfermagem: um desafio em tempos de pandemia de Covid-19	Espera-se despertar nos formadores a reflexão em torno do compromisso com o ato de ensinar em tempos de mudanças, adaptando suas práticas pedagógicas com criatividade, inovação tecnológica e desenvolvimento do pensamento crítico nos estudantes
2020	Ensino das Práticas Integrativas e Complementares nos cursos de enfermagem do Estado de São Paulo	há uma escassez de instituições públicas e privadas do Estado de São Paulo que oferecem disciplinas nos cursos de graduação em Enfermagem sobre Práticas Integrativas e Complementares
2019	Graduação em enfermagem: ensino por aprendizagem baseada em problemas	Os benefícios da ABP coadunam as necessidades da formação do enfermeiro, mas sua aplicabilidade demanda revisão constante na busca de desenvolver a competência necessária a essa formação.
2019	Monitoria acadêmica e formação profissional em saúde: uma revisão integrativa	o tema da monitoria encontra-se permeável para novos estudos e reflexões acerca do processo de ensino e aprendizagem voltado às especificidades das diferentes profissões da área de saúde. Seria pertinente discutir nas diversas instâncias acadêmicas os proveitos da monitoria a fim de incorporá-la ao currículo formal e favorecer a participação dos graduandos.
2018	Estratégias lúdicas utilizadas em enfermagem - Uma revisão integrativa	os resultados evidenciam a maior utilização dessa estratégia na formação para enfermeiros, ao nível da graduação. São encontradas algumas lacunas no âmbito dos mecanismos de avaliação dessas estratégias
2017	Ensino sobre segurança do paciente nos cursos de graduação: um estudo bibliométrico	os resultados evidenciaram a importância da identificação da produção científica sobre a temática e da divulgação do conhecimento.
2017	Ensino de enfermagem: quem discute e o que é discutido?	a pesquisa científica na área do Ensino de Enfermagem ainda é pouco desenvolvida e que os autores dos artigos analisados possuem formação acadêmica adequada à reflexão neste tema. O principal foco dos estudos são as mudanças sofridas ou, em alguns estudos, a necessidade de mudanças no Ensino de Enfermagem para atender ao contexto econômico, político e social e as evoluções das políticas públicas de saúde ao longo do tempo.
2016	Estratégias de prevenção ou redução do consumo de drogas para adolescentes: revisão sistemática da literatura	Os resultados demonstraram uma variedade de programas, projetos e intervenções utilizados como estratégias de prevenção ou redução do consumo de drogas entre adolescentes.
2015	As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem	destaca-se a necessidade de que os profissionais de enfermagem busquem qualificar suas práticas incorporando ações educativas inovadoras e contextualizadas de promoção do autocuidado

2014	Produção científica da área da saúde sobre a sexualidade humana	Enfermagem e medicina produzem maior número de artigos relacionados à sexualidade humana. Apesar de maior parte dos artigos analisados terem sido produzidos fora do Brasil, o País vem aumentando sua produção, demonstrando crescente preocupação por uma área que cada vez mais evidencia sua importância na prática clínica do profissional da área da saúde.
2013	A preceptoria na graduação em enfermagem: uma revisão integrativa da literatura	Há necessidade de produção do conhecimento sobre a preceptoria de enfermagem durante a graduação e de maiores discussões sobre a temática no cenário nacional
2012	Pesquisa clínica em enfermagem: contribuições para inovação tecnológica	a produção da enfermagem restringe-se às tecnologias leves e leve-duras, sendo incipientes as publicações referentes à produção e aperfeiçoamento de materiais e equipamentos. Destaque-se a importância dessas publicações por permitirem aquisição, produção e aprofundamento dos conhecimentos.
2012	O enfermeiro e a educação em saúde mental na atenção primária: revisão integrativa	houve poucos estudos sobre o tema, mostrando a necessidade de o Governo e as instituições formadoras de enfermagem incluírem, como prioridade política e curricular, as ações educativas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família.
2012	Estratégias em saúde da criança: contribuições ao ensino em enfermagem a partir do pensar Merleau-Pontyano	Considera-se fundamental a articulação de novas perspectivas para o ensino de enfermagem em saúde da criança, no que se refere à formação do enfermeiro e também na prática educativa profissional a partir de estratégias calcadas nas atuais demandas da saúde integral da criança(AU)
2011	As expressões da arte em enfermagem no ensino e no cuidado em saúde: estudo bibliométrico	A arte não aparece nos estudos investigados, enquanto objeto da ciência, mas como ferramenta para o desenvolvimento do cuidado e ensino de enfermagem.
2011	Objetos virtuais de aprendizagem: contribuições para o processo de aprendizagem em saúde e enfermagem	Os OVAs contribuíram significativamente para o aumento do conhecimento e aprendizagem em pacientes, alunos e cuidadores, constituindo uma promissora perspectiva para educação em saúde e enfermagem.
2010	Modelos aplicados às atividades de educação em saúde.	Os resultados revelaram que o Modelo Tradicional de seria focado na reprodução do conteúdo estudado. Já, o modelo dialógico compreende a educação em saúde como um processos de conscientização, mudança e transformação, caracterizada por uma filosofia emancipatória dos alunos.
2010	Como abordamos a promoção da saúde.	Visa compreender o paradigma da ‘promoção da saúde e suas repercussões para o ensino. Refere os questionamentos feitos por Lalonde em 1974 sobre as politica públicas canadenses e sua necessidade de subdivisão em áreas de atenção. Aborda os primeiros conceitos de mapa do território da saúde que influenciaram posteriormente a saúde mundial

Quadro 1: Categorização dos artigos selecionados na revisão da literatura.

Fonte: Autores, 2022

4 | DISCUSSÃO

Ao iniciar a discussão sobre a evolução do ensino em saúde no Brasil, se faz necessário situar acerca das mudanças ocorridas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN´s) dos cursos de graduação da área da saúde.

A Constituição Nacional de 1988 firmou as ações e os serviços de saúde, ao se constituírem pelo Sistema único de Saúde (SUS), como ordenador da formação de recursos humanos na área de saúde. Nesse contexto, foi elaborada a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 que trouxe novas responsabilidades para as Instituições de Ensinos Superiores, docentes, discentes e sociedade, pois permitiu a formação de diferentes perfis profissionais a partir da vocação de cada curso/escola. Para atender às exigências da nova LDB, foram elaboradas as novas DCN´s dos Cursos de Graduação no Brasil, ao contrário do currículo mínimo adotado, que definia os cursos e perfis profissionais estáticos, as diretrizes curriculares abriram a possibilidade das Instituições de Ensino Superior definirem diferentes perfis de seus egressos e adaptarem esses perfis às transformações das ciências contemporâneas e às necessidades sociopolítico-econômico da sociedade (HORA; SOUZA, 2015).

Nesta linha do Tempo Karl Mannheim em 1986 defende em seu estudo que a medicina deve ser exercida como transformadora da realidade social com o conceito de saúde para todos. Sua influencia é significativa a recepção da Sociologia do Conhecimento também no Brasil, tendo impacto no conhecimento sobre a realidade social brasileira e posteriormente as diretrizes curriculares nacionais priorizaram a formação generalista e voltada para o sistema único de saúde no Brasil (RABELO, 2010).

Com relação ao Conselho nacional de educação (2001), no Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional: I -Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; II - Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos; III- Profissional capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes; IV- Sujeito capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; com habilidades e competências voltadas para a: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento e educação permanente. Tais pressupostos sugerem o uso de métodos ativos de aprendizagem com a finalidade de contribuir para a construção de uma lógica de cuidado mais ampliado e integral (SANTOS, et al, 2019).

De acordo com NEVES, et al (2011), cabe mencionar que as práticas pedagógicas de Enfermagem até os anos 80, de acordo com a literatura, eram baseadas no simples cumprimento de regras, ou seja, posturas de disciplina, de obediência e de rígidos padrões

éticos. Essas práticas contribuíram para formar profissionais acríticos, moldados e voltados para o tecnicismo, entretanto, algumas escolas ainda utilizam tais práticas.

E quanto ao Ensino na Saúde no Brasil, importante mencionar que o mesmo, ganhou mudanças a partir da Reforma Sanitária e da Constituição Federal de 1988, na qual a saúde passou a ser um Direito de todos, o Sistema Único de Saúde (SUS), também foi influenciado por este evento fundamental para todos da área da saúde e da educação, considerado o maior empregador de profissionais da saúde e onde são concentrados os diversos processos de ensino-aprendizagem nesta área. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

O docente, como uma das figuras centrais do processo de mudança curricular, e que tem sua adesão compromissada, necessita romper com práticas anteriores, em geral mais tradicionais, reestruturando-as (NEVES, et al, 2011). Conforme Negri, et al (2017) reforça que em decorrência das necessidades de uma sociedade imersa em Tecnologias de Informações e Comunicações (TIC), globalizada e em processo contínuo de modernização científica e tecnológica, o ensino em saúde e de enfermagem tem sofrido transformações, adequando competências, pensamento crítico e habilidades para tomada de decisões.

Dessa forma, a competência pedagógica e científica dos professores é, portanto, um fator importante na adoção, uso ou desenvolvimento de novas metodologias ou estratégias na educação de enfermagem. Os professores devem aprender acerca das habilidades de pensamento crítico para serem capazes de criar, adaptar, inovar e implementar projetos pedagógicos visando estimular e avaliar o pensamento crítico em estudantes de enfermagem (RIEGEL, et al, 2021).

5 | CONCLUSÃO

O presente artigo buscou refletir acerca da mudança de paradigma do ensino em saúde na Enfermagem, identificando a necessidade permanente de inovação e qualificação docente para se atingir o objetivo de formar novos profissionais para o mercado de trabalho tecnológico, inovador e proativo, como fator de transformação da realidade na assistência à saúde da sociedade e preparando o egresso de enfermagem para desenvolver competências no SUS.

REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf. Acessado em 01 de julho de 2021.

Figueiredo, M.F.S, Neto,J.F, Leite, M.T.S . Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Rev Bras Enferm, Brasília, 2010. Disponivel em: https://www.scielo.br/j/reben/a/7n4TzNBqQSnG58vxZ3MhJVR/?format=pdf&lang=pt

HORA, D.L; SOUZA. C.T.V. **Ensino na Saúde: propostas e práticas para a formação acadêmico-pedagógica de docentes**. RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde. 2017 out.-dez.; 9(4)

NEGRI, et al**. Simulação clínica com dramatização: ganhos percebidos por estudantes e profissionais de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 25 • 2017 • https://doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916. Acessado em 12 de julho de 2021.

NEVES, et al. **Ensino de enfermagem: quem discute e o que é discutido?** Revista Cogitare Enferm. 2011 Abr/Jun; 16(2):348-52 351. Diponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21822/14233. Acessado em 30 de junho de 2021.

PAGLIOSA, F.L.; DAS ROS, M.A. **O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n.4, p. 492-499, 2000.

RABELO. L. **Como abordamos a promoção da saúde. In: Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 21-38. ISBN: 978-85-7541-352-4.

RIEGEL, et al**. Desenvolvendo o pensamento crítico no ensino de Enfermagem: um desafio em tempos de pandemia de Covid-19**. Esc. Anna. Nery 25 (spe) • 2021 • https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0476. Acessado em 12 de julho de 2021.

SANTOS, et al. **Graduação em enfermagem: ensino por aprendizagem baseada em problemas.** Rev. Bras. Enferm. 72 (4) • Jul-Aug 2019 • https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0298. Acessado em 20 de julho de 2021.

SOUZA,E.M; GRUNDY , E.. **Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública**. Cad. Saúde Pública 20 (5) • Out 2004 • https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500030. Acessado em: 10 de julho de 2021.

CAPÍTULO 15

AVALIAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DOS EGRESSOS NO MERCADO DE TRABALHO

Data de aceite: 04/07/2022

Kamila Tessarolo Velame

Gilda Borges Pereira

Maria Carlota de Rezende Coelho

RESUMO: Objetivo: Analisar o movimento dos egressos de enfermagem no mercado de trabalho do estado do Espírito Santo, tendo em vista a adequação do currículo às solicitações do mercado. **Método:** Estudo descritivo de delineamento transversal e de natureza qualiquantitativa. A coleta de dados ocorreu através de questionário com os egressos e com o depoimento oral de três coordenadoras que passaram pelo curso. O questionário foi enviado para 100 egressos e obtivemos o retorno de 50. Os dados foram analisados através do programa EPI Info 6.04D. **Resultados:** Os egressos, na maioria, trabalham como enfermeiros, não tiveram experiência prévia como técnicos ou auxiliares de enfermagem, fizeram pós-graduação e consideram bom o curso de enfermagem ministrado em tempo integral. **Conclusão:** Os currículos dos cursos de graduação em enfermagem devem mudar para atenderem não só aos fatores determinantes da saúde-doença, mas também ao mercado de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Estudantes de Enfermagem; Avaliação Educacional; Currículo; Mercado de Trabalho.

PALABRAS-CLAVE: Enfermería; Estudiantes de Enfermería; Evaluación Educacional; Curriculum; Mercado de Trabajo.

KEYWORDS: Nursing; Students, Nursing; Educational Measurement; Curriculum; Job Maket.

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é o movimento dos egressos de enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) no mercado de trabalho do Espírito Santo, no período de 2006 – ano de formatura da primeira turma da EMESCAM – a 2010, período em que a escola formou a sua décima turma, disponibilizando 341 enfermeiros para o mercado de trabalho.

Os egressos dos cursos de graduação em enfermagem enfrentam no mercado de trabalho situações complexas que os levam a confrontar as competências desenvolvidas durante o curso com as requeridas no exercício profissional[1,2]. A partir dessa experiência, podem avaliar a adequação da estrutura pedagógica do curso com a realidade do mercado, bem como sugerir mudanças que poderão intervir nesse processo, de forma a favorecer uma formação acadêmica capaz de responder às necessidades da profissão[3].

Em 1976, foi criado o primeiro curso de graduação em enfermagem, na Universidade

Federal do Espírito Santo (UFES), por meio da Resolução do Conselho Universitário (CONSUN/UFES) nº 07/1976. A criação do segundo curso de enfermagem no estado ocorreu 24 anos depois desse marco, ou seja, no ano 2000. Merece destaque o ano de 2001, quando cinco novos cursos foram criados. Entre os anos de 2000 e 2006 foram criados 13 cursos, totalizando 14 cursos de graduação em enfermagem em funcionamento no ES(4).

O curso de graduação em enfermagem na EMESCAM foi criado em 2002, com os seguintes objetivos: para os próximos dez anos, formar enfermeiros com conhecimentos técnico-científicos (saber e saber fazer) e filosóficos (saber ser e saber conviver), capazes de desenvolver qualquer atividade relacionada à saúde, levando em conta as necessidades do quadro epidemiológico e sanitário, bem como a política nacional de saúde do País. A EMESCAM busca desenvolver seu projeto de formação de enfermeiros dentro de uma estrutura curricular que tem como proposta basear seu eixo em metodologias que privilegiem o processo de investigação, reflexão, ação e a preocupação com a integração, especialmente na área pré-profissionalizante e profissionalizante(5,6).

Entendemos que este estudo contribuirá com a História da Enfermagem brasileira, em geral, e no estado do Espírito Santo, em particular. Entendemos também que o olhar do egresso constitui ferramenta de grande importância para a EMESCAM. Afinal, conhecer o passado da formação de enfermeiros é importante para avaliar sua formação no presente, tendo em vista o futuro da instituição no que se refere à formação de enfermeiros frente às mudanças no mercado de trabalho(7,8).

A partir dessas reflexões iniciais levantamos algumas questões e problemas que deverão nortear o desenvolvimento do estudo.

Como está estruturada a matriz curricular para formação de enfermeiros na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória? Os egressos da EMESCAM foram absorvidos pelo mercado de trabalho do Espírito Santo? A formação do egresso do curso de enfermagem da EMESCAM atende, na atualidade, as exigências do mercado no que concerne à formação do enfermeiro?

Após os questionamentos apresentamos os nossos objetivos: Descrever o contexto da criação do curso de graduação em enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória; analisar a inserção do egresso da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória no mercado de trabalho do ES; e, discutir os fatores relacionados à formação que contribuíram ou dificultaram a inserção do egresso no mercado de trabalho no ES.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo foi precedido pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (nº 010/2011). Quanto aos procedimentos legais, foi solicitada ao diretor da instituição, uma autorização para acesso aos documentos que foram utilizados como fonte secundária de investigação. Antes da coleta de dados, os entrevistados foram informados do objetivo da pesquisa e da garantia do seu sigilo, concordando com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Após utilização das informações, as pesquisadoras as armazenaram em seus computadores e as manterão por um período de cinco anos.

Quanto aos egressos, foi enviado junto ao questionário um TCLE, cujo objetivo foi detalhar com mais clareza a pesquisa, sem, portanto, exigência de assinatura do termo.

Delineamento, local de estudo e período

Trata-se de um estudo descritivo, de delineamento transversal, fundamentado na abordagem qualiquantitativa para a identificação dos egressos de enfermagem da EMESCAM, no período que compreende 2006 e 2010.

As informações foram obtidas por meio de um questionário. O questionário continha dez perguntas, algumas abertas e outras fechadas, que abordaram questões relacionadas à vida profissional do egresso no campo da enfermagem. Os questionários foram enviados para os endereços eletrônicos dos egressos e sites de relacionamentos que os egressos haviam se cadastrado. Para a coleta dos depoimentos orais foi elaborado um roteiro de entrevista com questões abertas sobre o tema, em que os entrevistados tiveram oportunidade de se expressar livremente.

O período de coleta perdurou entre fevereiro e maio de 2011.

Amostra; critérios de inclusão e exclusão

O total de egressos formados pela EMESCAM até o período de realização do estudo foi de 341 alunos. Os questionários foram enviados para 100 egressos, através de sorteio aleatório, e obtivemos o retorno de 50 questionários. Assim, a amostra foi de 15% do total de egressos formados no período do estudo e de 50% em relação aos questionários enviados.

Foram excluídos do processo aqueles egressos que não quiseram responder ao questionário ou que o meio de contato estava desatualizado.

Análise dos resultados e estatística

O tratamento dos dados foi estatístico e possibilitou a análise quantitativa dos aspectos que avaliaram os egressos do curso de graduação em enfermagem em relação

ao mercado de trabalho no Espírito Santo. Foi feita uma análise descritiva dos dados, com números absolutos e percentuais apresentados em forma de tabelas e gráficos. O programa utilizado para tal foi o EPI Info 6.04D, um conjunto de ferramentas de coleta e processamento de dados de entrevistas de aplicação simplificada, cujo módulo de análise permite a leitura e a análise de dados colhidos a partir de 24 formatos de dados e possibilita a execucao de estatísticas epidemiológicas, tabelas, gráficos, elaborando relatórios que incluem resultados de análise e que podem salvos em formato HTML e facilmente compartilhados.

No segundo momento foi realizada a transcrição das entrevistas para a análise, feita a partir do cruzamento das informações contidas nas fontes primárias escritas e nas fontes secundárias. Esse cruzamento entre as informações das fontes orais com as escritas primárias e secundárias é inerente ao método da história oral, que permite a aproximação, o quanto possível, de uma realidade provisória e em constante transformação.

RESULTADOS

Análise dos dados referente às perguntas fechadas

Em relação ao ano de conclusão do curso, a maior parte dos entrevistados que respondeu o questionário se graduou em 2006 e 2009, 13 (26% em cada ano), num percentual seguido de perto pelo dos concludentes do curso em 2007, 12 (24%). A parcela dos formandos de 2008 que respondeu o questionário é bem menor, 8 (16%), ficando a menor parte 4 (8%) entre os graduandos egressos de 2010.

A maioria dos formandos, 34 (68%) não exercia a enfermagem no nível técnico ou auxiliar antes de ingressar na carreira de enfermeiro. Ou seja, 16 (32%) dos formandos eram técnicos ou auxiliares de enfermagem antes de optarem pela graduação. Podemos verificar, portanto, que 11 (68,8%) dos entrevistados afirmaram que essa experiência não os auxiliou a obter emprego de enfermeiro, e 5 (31,3%) responderam que tal vivência na área técnica contribuiu para a inserção no mercado de trabalho.

Quanto ao estar trabalhando como enfermeiro no momento da pesquisa, 38 (76%) responderam que sim e 12 (24%) respondeu que não. Somente 7 (14%) dos entrevistados optaram por não exercer a profissão de enfermeiro, contrastando com a maioria de 43 (86%).

72% dos entrevistados prosseguiram na carreira acadêmica, fazendo pós-graduação, em contraste com a minoria de 28%, que não adotou esse percurso.

A maioria dos entrevistados apoia o curso em tempo integral. Quarenta e quatro (88%) consideram boa, essa estratégia. Para 4 (8%), ela é indiferente, e somente 2 (4%) a classifica como ruim. Apesar de a maioria dos ex-alunos que responderam o questionário valorizarem a integralidade do curso, os ex-alunos da EMESCAM consideram

o curso bom, na medida em que as notas médias e medianas representaram 8,92 e 9,00, respectivamente. Essa é uma questão que consideramos positiva, pois o ex-aluno, ao considerar a EMESCAM uma escola boa ou muito boa, passa a indicá-la àqueles com quem convive e que desejam fazer curso de enfermagem.

Variáveis	n	%
Em que ano você se formou?		
2006	13	26,0
2007	12	24,0
2008	8	16,0
2009	13	26,0
2010	4	8,0
De 0 a 10, dê uma nota ao Curso da EMESCAM		
6,00	1	2,0
7,00	3	6,0
7,50	1	2,0
8,00	7	14,0
8,50	6	12,0
9,00	15	30,0
9,50	1	2,0
10,00	16	32,0
Antes de ser enfermeiro, você já era técnico ou auxiliar de enfermagem?		
Sim	16	32,0
Não	34	68,0
Se você era técnico ou auxiliar de enfermagem, esse fato contribuiu para ser contratado como enfermeiro?		
Sim	5	31,3
Não	11	68,8
Total	16	100,0
Você está trabalhando como enfermeiro?		
Sim	38	76,0
Não	12	24,0
Você fez opção para exercer outra atividade?		
Sim	7	14,0
Não	43	86,0
Você fez pós-graduação?		
Sim	36	72,0
Não	14	28,0
Como você avalia o fato de o curso de enfermagem da EMESCAM ser em horário integral?		
Bom	44	88,0
Indiferente	4	8,0
Ruim	2	4,0
Total	50	100,0

[*1]As frequências foram obtidas dos itens dos questionários que continham dados válidos.

Tabela 1 – Caracterização da amostra de entrevistados, com quantidade e percentuais nos quesitos ano de formação, avaliação do curso, experiência profissional pregressa e atual e continuação de estudos

Análises dos dados referentes às perguntas abertas

Dos entrevistados que responderam a esta pergunta, a maioria 8 (16%) está trabalhando no Centro Integrado de Apoio à Saúde, o que aponta para uma decisiva contribuição do estágio do curso de enfermagem no CIAS para a continuidade da carreira do enfermeiro na própria instituição. Percentual igualmente expressivo 8 (16%) é o de contratados pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, o que confirma o peso que o estágio nessa instituição tem na contratação e permanência dos entrevistados. Vale destacar que a maioria dos egressos que estavam inseridos no mercado de trabalho durante a pesquisa estava trabalhando no setor privado.

A maioria 25 (50%) dos entrevistados trabalha em hospitais, o que indica a adequação do currículo da EMESCAM ao universo hospitalar, bem como, a busca dos egressos por esse ambiente, no qual se sentem bem utilizados, adaptados à linha-mestra do curso. O segundo lugar na colocação profissional dos egressos fica por conta do PSF: somente 7 (14%) dos entrevistados responderam estar trabalhando nesse ambiente profissional, percentual inferior ao dos entrevistados que preferiram não responder a pesquisa.

Em relação ao salário da maior parte dos entrevistados 14 (28%) oscila entre R$ 2.000,00 a R$ 3.000,00, um percentual ligeiramente superior ao dos entrevistados que recebem entre R$ 1.500,00 e até R$ 2.000,00 mensais e ao dos egressos que não responderam essa pergunta, igualado em 13 (26%). A maioria de 29 (58%) dos enfermeiros formados pela EMESCAM trabalha em um só emprego.

Também, referente à pós-graduação, 24(48%) optaram por continuar na EMESCAM, estando as áreas de Enfermagem do Trabalho e Urgência e Emergência empatadas quanto ao percentual de pós-graduados, cada uma respondendo por 5 (10%) do total. Esse percentual expressivo dos pós-graduandos pela EMESCAM confirma a aprovação da instituição pelos egressos, que nela apostam na continuação de seus estudos. Além disso, 24 (48%) fez uma pós-graduação e o número dos que optaram por duas pós-graduações é quase igual ao dos que não empreenderam essa via em sua carreira profissional, respondendo, respectivamente, por 12 (24%) e 14 (28%) do total dos entrevistados.

DISCUSSÃO

Como demonstra a análise dos dados coletados, o perfil do graduado nesse período é de um profissional bem aceito no mercado de trabalho, que atua como enfermeiro, não tendo sido obrigado à escolha de outro campo profissional por portas fechadas. A maioria desses graduados não contou com experiência como técnicos ou auxiliares de enfermagem no currículo, e mesmo os que dispuseram desse dado no histórico não lhe atribuem força suficiente para a inserção no mercado de trabalho como enfermeiros.

O estudo de Coelho (2011)[9] é esclarecedor quando refere que o conhecimento científico na enfermagem é fundamental para a emancipação da profissão. Observe o que

aponta os resultados de sua pesquisa:

> Os resultados indicam que a divisão social do trabalho na enfermagem é o problema de maior relevância e que afeta o exercício profissional da categoria e só pode ser superado como, a exemplo de outros países, na unificação da enfermagem como corpo social de mesmo nível de escolaridade. Aperfeiçoar o nível de escolaridade na enfermagem significa alicerçar o cuidado sob bases científicas inerentes à formação do enfermeiro, o que resulta em um cuidado de enfermagem adequado às necessidades do cidadão (COELHO, 2011, p. 149).

Mas, para Coelho (2011)[9] a expansão do mercado de trabalho para os enfermeiros só será possível pela via da cidadania no momento em que o cidadão brasileiro for devidamente informado sobre as diferenças que permeiam a formação do técnico e do auxiliar de enfermagem da formação do enfermeiro.

> Na prática atual, os enfermeiros se deparam hoje no Brasil e no ES com retração do mercado de trabalho, enquanto os indicadores de saúde da população requerem mais profissionais de enfermagem no mercado, seja ele público ou privado, ampliando-se o mercado para os auxiliares e técnicos de enfermagem. Mas, o cidadão brasileiro não está devidamente informado sobre as diferenças que permeiam a formação do corpo social da enfermagem; via de regra, todos os que prestam cuidado de enfermagem são identificados como enfermeiros. Resulta daí que a emancipação da enfermagem em um único como corpo social só se materializará através da cidadania, no momento em que o cidadão brasileiro reivindicar ser cuidado por profissionais que detenham conhecimento atualizado e coerente com suas necessidades de saúde, no contexto do Estado Democrático de Direito, que garante direitos fundamentais a todas as pessoas (COELHO, 2011, p. 149).

Mas a realidade do mercado de trabalho para enfermeiro apontado pelos egressos da EMESCAM não só desestimula os enfermeiros a se manterem na profissão como não se mostra atrativo para os que cultivam no imaginário o ideal da profissão.

A observação a respeito da necessidade de adequar a estrutura curricular à realidade do trabalho leva à percepção de que o movimento da primeira coordenadora do curso de graduação em enfermagem da EMESCAM, quando propôs a mudança no projeto pedagógico do curso, agia a partir desse entendimento, seguindo os determinantes das mudanças propostas pela enfermagem brasileira através das orientações do Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEn. Observem seu depoimento, quando comenta sobre a primeira mudança no projeto pedagógico do curso de enfermagem da EMESCAM:

> Quando nós fomos reformular o projeto, nos baseamos no mercado de trabalho e nas novas diretrizes curriculares que estão no SENADEn, que sempre saía alguma coisa para inovação, e eles queriam um projeto cujo conteúdo fosse mais voltado para a saúde coletiva, então nós estipulamos uma carga horária de saúde coletiva maior e o internato, na época ficou com uma carga horária bem maior e o sétimo período ficou só com saúde coletiva (K. M.P)[10].

Quando a primeira coordenada refere que a mudança do currículo foi em função

do mercado e em seguida refere aumento de carga horária para a saúde coletiva ela certamente falava da expansão do mercado de trabalho para enfermeiros na atenção primária devido a direção política do Ministério da Saúde com a implantação e expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF)[11,12].

Atualmente observamos que a baixa procura pelos cursos de graduação em enfermagem vem demando mudanças nos projetos pedagógicos[13]. Apesar de existirem poucos estudos sobre essa questão, no depoimento da atual coordenadora a situação fica bem, clara. Observemos:

> Há uma diferença também em relação à carga horária do curso, que passa de 4660 horas para 4220 horas, então há uma redução na carga horária também. Quais foram os principais motivos para a mudança da matriz e do projeto político pedagógico? O atual cenário do mercado e as instituições de ensino particular de enfermagem, atualmente nós temos cerca de 17 instituições no estado. Então houve uma queda da demanda, da procura pelo curso. Então nosso curso no modelo atual, no modelo vigente de curso integral, é um curso sem dúvida de muita qualidade, mas não atende a demanda do mercado, por isso entendemos que o curso em período parcial abrange uma parcela considerável de alunos trabalhadores (P. R. A.N)[14].

Participante da elaboração do projeto pedagógico da EMESCAM, a Profª Angela Simões, formada pela Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), veio para o ES, em meados da década de 70, junto com mais três professoras com o objetivo de iniciar as atividades da primeira escola destinada a formação de enfermeiros no ES na UFES. Ela assinala sua expectativa no que tange a essa empreitada, destacando que o foco era uma proposta para inovar na formação de profissionais inseridos no contexto nacional e regional, priorizando ações de atenção primária à saúde, enfatizando o SUS. Segundo ela o embasamento teórico necessário para o projeto, teve como fontes:

> Diretrizes Curriculares do MEC (legislação específica), anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem e outras profissões, relatórios Nacionais e do Espírito Santo sobre Saúde e Educação (IBGE e outros), dados científicos sobre perfil epidemiológico da região, dados da Secretaria Estadual de Saúde e dos municípios adjacentes, currículos de outras instituições de ensino nacionais e regionais. (A.M.C.S.)[15].

São informações importantes, que ilustram o empenho de profissionais que, além da competência ambicionada e conquistada no exercício das atividades docentes, propuseram-se a atitude política de desafio a correntes inerciais que, se não confrontadas, tendem a levar qualquer instituição à margem e ao descaminho, no sentido de que sua atuação passa a se dar de modo cada vez menos impactante[16].

Limitações do estudo

Em relação aos egressos, a metodologia utilizada para investigação da análise do curso foi satisfatória, porém o baixo número de retorno dos questionários levou-nos a buscar enfermeiros nas instituições, o que pode ter comprometido um pouco os resultados

da pesquisa.

Contribuições para a área de Enfermagem

Os resultados, em geral, apontam que os currículos dos cursos de graduação em enfermagem devem mudar para atenderem não só aos fatores determinantes da saúde-doença, mas também ao mercado de trabalho. Porém entendemos que essas mudanças devem ser planejadas mantendo-se a qualidade na formação, pois se isso não for pensado, corremos o risco de prejudicar a inserção do enfermeiro como profissional na equipe de saúde.

CONCLUSÃO

Este trabalho buscou descrever o contexto da criação do curso de graduação em enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória; analisar a inserção do egresso da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória no mercado de trabalho do ES; discutir os fatores relacionados à formação que contribuíram ou dificultaram a inserção do egresso no mercado de trabalho no ES. Assim, entendemos que atendemos aos objetivos.

Em relação ao mercado de trabalho para enfermeiros na atualidade, percebemos uma lacuna de fontes secundárias, pois existem poucos estudos, o que demanda a ampliação de investigações nessa linha, a fim de contribuir para a compreensão real do contexto do mercado de trabalho para enfermeiros, bem como fornecer subsídios para os enfermeiros buscarem a mudança necessária à expansão do mercado de trabalho para a categoria.

Com referência ao caminho metodológico, no que diz respeito às fontes primárias, foi gratificante mantermos contato com pessoas que, de certa maneira, vêm contribuindo para a melhora do processo de formação de enfermeiros no ES. Não obstante isso, renunciamos a toda e qualquer pretensão de esgotar o tema e encerrar no interior desta breve análise a totalidade dos aspectos inerentes a assunto tão importante como a aceitação do enfermeiro egresso da EMESCAM no mercado de trabalho.

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo não teria sido possível sem a contribuição de pessoas importantes no cenário da Enfermagem no estado do Espírito Santo. Nossa eterna gratidão à Kátia Maria Piccoli (*in memoriam*), figura ilustre que contribuiu de forma incomensurável para o aprimoramento do curso de Enfermagem da EMESCAM e que hoje, está eternizada no NAKP (Núcleo Acadêmico Kátia Piccoli).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Trabalho. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego [Internet]. Brasília, 2015[acesso em 10 de abr 2018]. Disponível em: <http://www.rais.gov.br/sitio/index.jsf>.

2. Oliveira JSA et al. Tendências do mercado de trabalho de enfermeiros/as na visão de gestores. Rev. Bras. Enferm. [online]. 2018 [acesso em 15 de abr 2018]; 71 (1): 148-155. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100148&lng=en&nrm=iso.

3. Makuch DMV; Zagonel IPS. A perspectiva do mundo do trabalho nas proposições curriculares para formação do enfermeiro. Revista Internacional de Educação e Saúde. 2017b [acesso em 13 de abr 2018]; 1: 13-22. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/educacao/article/view/1319/987>.

4. Campista TMN et al. Panorama do campo da educação superior em enfermagem no estado do Espírito Santo. *Esc. Anna Nery* [online]. 2009 [acesso em 20 de abr 2018]; 13 (2): 256-264. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200004&lng=en&nrm=iso>.

5. EMESCAM. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem, 7/6/2002.

6. Carvalho MN et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018 [acesso em 10 de abr 2018]; 23 (1): 295-302. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100295&lng=en&nrm=iso>.

7. Lima LCM et al. Resumo: Estágio curricular supervisionado em enfermagem na visão dos acadêmicos. Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES). 2017 [acesso em 10 de abr 2018], supl. 1, 23. Disponível em: < http://www.seer.ufms.br/ojs/index.php/pecibes/article/view/4805>.

8. Nascimento PN; Barbosa MCL. Perspectivas dos Graduandos de Enfermagem Frante ao Mercado de Trabalho. Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA. 2017 [acesso em 17 de abr 2018]; 11 (35): 267-278. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/730/1023>.

9. Coelho MCR. Mesa de negociação permanente do SUS: um espaço político das relações do trabalho em saúde para enfermeiros no município de Vitória no estado do Espírito Santo [tese de Doutorado]. 2011.

10. Piccoli KM. O projeto e o mercado. 2011, entrevista concedida às autoras, Vitória, 16 ago. 2011.

11. Makuch DMV; Zagonel IPS. Abordagem pedagógica na implementação de programas curriculares na formação do enfermeiro. Escola Anna Nery. 2017a [acesso em 09 de abr 2018]; 21(4): 1-9. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022016>.

12. Meira MDD; Kurcgant P. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. Rev. Bras. Enferm.[online]. 2016 [acesso em 25 de abr 2018]; 68 (1): 16-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100016&lng=en&nrm=iso>.

13. Souza NVDO et al. O egresso de enfermagem da FENF/UERJ no mundo do trabalho. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011 [acesso em 05 de abr 2018]; 45(1): 250-257. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40693>.

14. Nader PRA. Contextualização. 2011, entrevista concedida às autoras, Vitória, 16 ago. 2011.

15. Simões A. Minha participação no projeto pedagógico da EMESCAM. 2011, entrevista concedida às autoras, Vitória, 16 ago. 2011

16. Freitas MAO et al. Docência em saúde: percepções de egressos de um curso de especialização em Enfermagem. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2016 [acesso em 02 de abr 2018]; 20: 57. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v20n57/1807-5762-icse-1807-576220150391.pdf>.

CAPÍTULO 16

CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE O PROCESSO SAÚDE DOENÇA

Data de aceite: 04/07/2022
Data de submissão: 09/05/2022

Lucia Rondelo Duarte
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde -PUCSP
Sorocaba- SP
ORCID: 0000-0003-1779-5500

Isabela Peres da Silva
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde-PUCSP
Sorocaba – SP
http://lattes.cnpq.br/2245190113131434

RESUMO: O processo saúde-doença é um fenômeno complexo, possui diversos fatores determinantes socialmente, modulado por meio de condicionantes de ordem biológica, psicológica, cultural, econômica e política. Assim, está diretamente atrelado à forma como o ser humano vive, incluindo seu modo de viver e trabalhar. Portanto, o processo saúde-doença é uma realidade concreta, expressa em grupos sociais marcados por traços socioeconômicos particulares, similares em condições de vida e trabalho. Para o profissional de saúde essa compreensão precisa estar clara e consolidada, o que implica a necessidade de se proceder à sua abordagem o mais precocemente possível na formação acadêmica. O estudo teve como objetivo investigar as representações sociais de estudantes de enfermagem sobre o conceito de saúde e doença ao longo do curso de graduação. Os dados foram coletados por meio de entrevista oral, gravada em áudio, realizada com 40 alunos, sendo 20 iniciantes e 20 concluintes. O discurso do sujeito coletivo foi utilizado para a organização e análise dos dados. Os resultados revelaram três concepções de saúde: saúde como bem-estar, como resultante da produção e reprodução social e relacionada a múltiplos fatores. Concernente aos elementos que contribuem para a saúde da população foram apontados: promoção da saúde, levantamento das necessidades de saúde e cuidado holístico. Tais componentes harmonizam com o conceito ampliado de saúde, mostrando a superação da concepção biológica, típica do modelo flexneriano de ensino em saúde. No entanto, foi observada pouca progressão entre o primeiro e quarto ano considerando-se que o aluno vai modificando e ampliando o conceito de saúde no decorrer do curso à medida que ele adquire novos conhecimentos e experiências.
PALAVRAS-CHAVE: Estudantes de enfermagem; percepção, saúde, doença.

CONCEPTIONS OF NURSING STUDENTS ABOUT THE HEALTH DISEASE PROCESS

ABSTRACT: The health-disease process is a complex phenomenon, it has several socially determining factors, modulated through biological, psychological, cultural, economic and political conditions. Thus, it is directly linked to the way human beings live, including their way of living and working. Therefore, the health-disease process is a concrete reality, expressed in social groups marked by particular socioeconomic traits, similar in living and working conditions.

For the health professional, this understanding needs to be clear and consolidated, which implies the need to approach it as early as possible in academic training. The study aimed to investigate the social representations of nursing students about the concept of health and illness throughout the undergraduate course. Data were collected through oral interviews, recorded in audio, carried out with 40 students, 20 beginners and 20 seniors. The collective subject discourse was used for data organization and analysis. The results revealed three concepts of health: health as well-being, as a result of social production and reproduction and related to multiple factors. Concerning the elements that contribute to the population's health, the following were pointed out: health promotion, survey of health needs and holistic care. Such components harmonize with the expanded concept of health, showing the overcoming of the biological conception, typical of the flexnerian model of teaching in health. However, little progression was observed between the first and fourth year, considering that the student changes and expands the concept of health during the course as he acquires new knowledge and experiences.
KEYWORDS: Nursing students; perception, health, illness.

1 | INTRODUÇÃO

Diversas teorias interpretativas sobre a saúde e a doença foram elaboradas ao longo da história na busca de uma melhor compreensão de sua causalidade objetivando encontrar novas formas de intervir em ambas (SILVA; LINS; CASTRO, 2016; BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Até o século XIX, as teorias interpretativas abrangiam as vertentes ontológica e dinâmica. Na concepção ontológica, a doença é atribuída a uma entidade natural ou sobrenatural, que se manifesta no corpo humano ao invadi-lo. Já na dinâmica, envolve a doença como vestígio da desarmonia de forças vitais, considerando os paradigmas sócios ambientais (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Hipócrates, reconhecia a doença como resultante da interação do homem com o meio ambiente e explicava a saúde como uma condição de equilíbrio do corpo humano, com um modo de vida ideal (SILVA; LINS; CASTRO, 2016). Porém, durante a Idade Média, o Cristianismo levou ao progressivo abandono da clínica iniciada por Hipócrates em detrimento da preocupação com a salvação do espírito.

Com a ascensão do movimento Renascentista, é retomada a prática do empirismo clínico. Entretanto, apenas com o surgimento da medicina moderna, por volta do século XVII ao XIX, é que se instauraram disciplinas como anatomia, fisiologia e patologia, que inovariam a prática médica (BEZERRA; SORPRESO, 2016). Por volta do século XIX, o paradigma sócio ambiental predominava como forma de explicação para a origem das doenças tais como miséria e miasmas (OLIVEIRA; EGRY, 2000). Surgem então os primeiros indícios do reconhecimento da determinação social do processo saúde doença.

No entanto, durante esse período ainda predominava na Europa a bacteriologia que se firmou como concepção hegemônica. Seus princípios levaram ao abandono dos critérios

sociais na resolubilidade dos problemas de saúde na Alemanha, França e Inglaterra (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Já no século XX a Organização Mundial da Saúde, no ano de 1948 (WHO, 2016) propôs a concepção: "saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade". Contudo, os esforços empreendidos não foram suficientes para conceituar algo tão complexo e dinâmico com palavras irreais e unilaterais, projetando uma utopia (HUBER et al, 2011).

Diversas mudanças tecnológicas e sócio econômicas resultaram na concepção atual que considera o processo saúde-doença e as ações de saúde práticas sociais, portanto historicamente condicionadas. Determinantes e condicionantes podem levar tanto a saúde quanto a doença. Desta maneira o processo saúde doença está diretamente atrelado à forma como o ser humano vive, incluindo seu modo de viver e trabalhar e está intimamente ancorado na corrente filosófica de Marx e Engels, o materialismo histórico e dialético (PERNA; NOLASCO, 2008).

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) indicam que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e da população definem a situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam os problemas de saúde e os fatores de risco na população (BUSS; FILHO, 2007).

Assim como o processo saúde doença é um fenômeno complexo também são complexas as necessidades em saúde, pois dizem respeito tanto à singularidade das manifestações de saúde ou doença que afetam os indivíduos e suas famílias, quanto às particularidades dos processos de produção e reprodução dos diferentes grupos sociais. Cada grupo social possui uma realidade diferente, desde o modo em que vive e trabalha até o processo saúde-adoecimento. (EGRY, 2008).

As necessidades em saúde não são apenas médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas referem-se também a carências ou vulnerabilidades, expressas no que é necessário para se ter saúde e qualidade de vida, e são social e historicamente determinadas (CARRAPTO et al, 2017). Dessa forma, as desigualdades e iniquidades sociais existentes no mundo, e particularmente no Brasil, colocam em destaque a discussão da promoção da saúde com um enfoque político e de planejamento que remetem para um conceito ampliado do processo saúde doença. (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

O relatório Flexner, publicado em 2010, tem influenciado a sociedade ocidental atual de modo hegemônico. Ao propor ações fundamentadas na atenção biomédica e centradas na doença e na reabilitação responde apenas a uma parcela das necessidades de saúde da população, o que tem provocado o esgotamento desse modelo e estimulado a construção de uma nova prática sanitária (BEZERRA; SOBREPESO, 2016).

Em um modelo ampliado de atenção à saúde, as pessoas passam a ser consideradas

sujeitos, a qualidade de vida é incorporada ao discurso da saúde e, para alcançá-la, devem ser cogitadas questões essenciais, tais como as condições de moradia, de trabalho, de transporte, de acesso aos serviços de saúde, de lazer, entre outras (SILVA, 2009).

Mesmo com o surgimento e reconhecimento dessa nova concepção, há práticas médicas, também estendidas às multiprofissionais, que insistem em reiterar a prática absolutamente clínica, colocando à frente a dimensão biológica em detrimento do sujeito com sua singularidade (ORNELLAS, 1999).

O processo saúde-doença é uma realidade concreta, expressa em grupos sociais marcados por traços socioeconômicos particulares, similares em condições de vida e de trabalho. Para o profissional de saúde essa compreensão precisa estar clara e consolidada, o que implica a necessidade de se proceder à sua abordagem o mais precoce e intensamente possível, em sua formação acadêmica. (TORRES, CARVALHO, MARTINS, 2011).

Considerando as transformações que vêm ocorrendo na sociedade, a enfermagem, como parte do processo de trabalho em saúde, cada vez mais tem se preocupado com a compreensão dos aspectos epistemológicos e metodológicos do processo saúde e doença visando aproximar as práticas cuidadoras das reais necessidades de saúde da população.

Ao ingressar na universidade o estudante traz consigo uma concepção de saúde e doença influenciada pelas suas vivências cotidianas, no entanto espera-se que essa concepção vá se modificando e se ampliando no decorrer do curso à medida que ele adquire novos conhecimentos e experiências.

Portanto o estudo teve como objetivo investigar as representações sociais de estudantes de enfermagem sobre o conceito de saúde e doença ao longo do curso de Enfermagem.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa do qual participaram 40 estudantes do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), sendo 20 estudantes iniciantes (1º ano) e 20 concluintes (4º ano).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista oral, gravada em áudio, orientada por um roteiro com as questões: “saúde e doença: fale sobre esse tema”, “quais os elementos que contribuem para a saúde da população?” Além disso, os participantes responderam a um formulário com dados sociodemográficos, motivação para escolha de curso na área da saúde e experiência prévia com situações de saúde/doença.

O conteúdo das entrevistas gravadas foi transcrito e organizado em um quadro por questão com as expressões chave e ideias centrais do discurso de cada sujeito. Com as expressões chave das ideias centrais semelhantes foram construídos discursos síntese que expressam um discurso coletivo, segundo o referencial do *Discurso do Sujeito Coletivo*

(LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

As ideias centrais (IC) dos discursos coletivos foram categorizadas em grandes temas visando a uma síntese interpretativa que respondesse ao problema da pesquisa. Os dados sociodemográficos foram analisados segundo a frequência das suas variáveis.

Na transcrição dos depoimentos os estudantes do primeiro ano foram denominados Sa e do 4º ano S; em cada um desses segmentos eles foram numerados de 1 a 20 para diferenciá-los.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo sob CAAE 55227216.4.0000.5373.

3 I RESULTADOS

Em relação ao perfil dos entrevistados, verificou-se que o sexo feminino (92,5%) prevaleceu em comparação ao masculino (7,5%). A faixa etária majoritária foi de 22 a 26 anos, representada por 57,5% dos participantes. Predominaram os estudantes que declararam não possuir formação anterior na área da saúde (67,5%) e alunos trabalhadores (62,5%).

3.1 Discursos do sujeito coletivo sobre a concepção de saúde e os elementos que contribuem para a saúde da população categorizados em grandes temas

Discurso do Sujeito Coletivo	**Temas**
DSC1: Bem estar (S12,S13) *Saúde não é ausência de doença, mas sim o bem-estar em todos os aspectos, seja eles: físico, psicológico.*	Saúde como bem estar
DSC2: Produção e reprodução social (S1a, S2a, S12a, S15a) Devemos visualizar o indivíduo como um todo, que envolve fatores sociais de onde a pessoa está inserida, sua produção e reprodução social. A produção social é muito importante para determinar a reprodução social, pois se o indivíduo tem uma produção boa, como um trabalho que dá uma condição melhor, a reprodução dele será adequada como o estilo de vida, alimentação e outros. DSC3: Determinantes sociais (S3,S6,S9,S10,S11,S3a, S8a, S9a, S10a, S15a, S16a) *O processo saúde doença ao meu ver vai ser formado a partir dos determinantes e condicionantes do local onde ele vive, como doenças, condições sanitárias, moradia e estilo de vida;, representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população. Abrange a saúde coletiva, não apenas de um indivíduo, mas de toda sua comunidade.* DSC4: Modo de viver e trabalhar (S1,S2, S4,S7,S8,S13,S14, S17,S18,S20, S7a, S13a) Engloba o modo de viver e o modo de trabalhar; o modo como ele vive, onde ele vive, o que ele faz, as condições que ele possui, o local onde trabalha e como trabalha, as condições financeiras. DSC5: Qualidade de vida (S17a) *Eu entendo a saúde como um resultado da qualidade de vida. O modo de trabalhar e viver diz muito sobre o estado biopsíquico do indivíduo. Se a pessoa tem uma produção e reprodução social afetada, consequentemente sua saúde também estará afetada, seu emocional estará afetado, devido suas aflições com os deveres, com a falta de dinheiro, alimentação não tão boa quanto deveria e etc.*	Saúde como produto da relação entre produção e reprodução social

DSC6: Processo evolutivo (S4a, S5,S15) *Processo que todos nós passamos, do qual é determinado nosso estado de saúde ou doença, seja física, psicológica; estes processos são evolutivos beneficiando ou prejudicando a saúde de nosso corpo e mente.* DSC7: Conjunto de fatores (S16, S18,S19, S5a, Sa6, S11a, S14a, S18a, S19a, S20a) *Processo saúde doença é a “consequência” de vários fatores biopsicossociais, econômicos, variáveis ambientais e modo de vida que levam as pessoas a adoecerem, é um conceito amplo que visa estudar a causa ou o progresso de doenças utilizando fatores biológicos (genéticos, bioquímicos, etc), fatores psicológicos (estado de humor, de personalidade, de comportamento, etc) e fatores sociais (culturais, familiares, socioeconômicos, médicos, etc).* DSC8: Estilo de vida (S1, S13, S17,S19, S20) *Está relacionado com o estilo de vida, hábitos, costumes e tudo do cotidiano.*	Saúde como processo resultante de multifatores

Quadro 1 - Discursos do sujeito coletivo sobre a concepção de saúde categorizados em temas. (Sorocaba, 2017).

Fonte: Autoras

Discurso do Sujeito Coletivo	Temas
DSC1: Promoção da saúde e prevenção de doenças (S13a, S17a, S1, S2, S3, S6, S7, S8, S10,S11, S12, S14, S16, S18, S19, S20) *O enfermeiro exerce papel importante através da prevenção, promoção e recuperação da saúde junto com a equipe multiprofissional. Como enfermeira investiria na promoção da saúde, e não somente na prevenção de doenças, para melhorar a qualidade de vida da população e empoderá-las para que elas façam parte do processo. Focar na prevenção e promoção da saúde, afim de corrigir fatores que encaminham para o adoecimento e evitando complicações e agravos.* DSC2: Educação (S4, S5, S9, S10, S13, S14, S2a, S5a, S6a, S9a, S10a, S11a, S12a, S14a, S15a, S18a) *Realizar ações educativas voltadas para mudanças de hábitos, estilo de vida, comportamento e para que o indivíduo se sinta responsável por seus problemas de saúde e torne-se protagonista de sua história, para que possa trabalhar em conjunto com os serviços de saúde; minha atribuição maior é orientar, aconselhar quanto a fatores que podem condicionar a uma determinada enfermidade; Conversando e mostrando as possibilidades de melhorar todas as fragilidades do local e reforçar as potencialidades e ; estar orientando para que repasse as pessoas ao seu redor.*	Promoção da saúde
DSC4: Diagnóstico da realidade (S15, S16, S18, S19, S4a, S6a, S8a, S12a, S15a, S17a) *Ao reconhecer onde estão as dificuldades da sociedade, a enfermagem junto* **à** *outros órgãos pode trabalhar para diminuir esses agravantes conhecendo a população e as condições ambientais que esse grupo vive; é preciso coletar os dados dessas famílias, buscar esses fatores, para ver até onde determinam e afetam o processo saúde-doença de cada pessoa/família/comunidade; devemos a buscar quais são as fragilidades e incentivar as potencialidades.* DSC5: Olhar para determinantes e condicionantes sociais (S1a) *Quando virar uma profissional enfermeira, principalmente no nível primário, terei maiores conhecimentos sobre as vulnerabilidades, os condicionantes e determinantes. Não olharei apenas a pessoa doente, e sim a pessoa também com saúde.* DSC6: Atendimento das necessidades (S16a, S7a, S8a, S13a) *Realizando intervenções de acordo com o problema daquela área de abrangência, alterando o perfil epidemiológico da comunidade*	Planejamento estratégico em saúde

DSC3: Horizontalidade na atenção (S17, S18) *Prestar cuidados a respeito da saúde de forma intersetorial e horizontal para que eles nos compreendam, e que dê a eles confiança e conforto, para que assim possamos trabalhar juntamente com a comunidade para mudar o perfil epidemiológico da área atuada e atender as reais necessidades de cada pessoa.* DSC7: Humanização (S3a, S11, S5a) *Acolher os indivíduos, agir com mais humanização por enxergar essa pessoa ao todo, dentro de suas funções diárias; é ter empatia ao cuidar e orientar.* DSC8: Trabalho em Equipe multiprofissional (S4a, S7a) *Trabalhar juntamente com a equipe multiprofissional para tentar minimizar ou acabar com fatores determinantes e condicionantes mais graves.*	Cuidado holístico
DSC9: Atender a queixa (S19a, S20a) *Ajudar em relação as queixas para tentar auxiliar essa pessoa a melhorar aquilo que eu posso ajudar e podemos fazer juntos.*	Atendimento da demanda espontânea

Quadro 2 - Discursos do sujeito coletivo sobre os elementos que contribuem para a saúde da população categorizados em temas. (Sorocaba, 2017).

Fonte: Autoras

4 I DISCUSSÃO

Os participantes do estudo se dividiram, principalmente, entre as concepções de saúde como produto da relação entre produção e reprodução social ou como resultante de múltiplos fatores.

A teoria da determinação social do processo saúde doença que abrange a produção e reprodução social representa a evolução das teorias anteriores, inclusive da teoria multicausal que considera a existência de fatores biológicos, psicológicos e sociais, porém estabelece relações quantitiativas entre eles. Há fatores que incidem no processo saúde doença, mas de formas diferentes nos grupos sociais (ARAÚJO ET AL, 2020; PETTRE; DA ROS, 2018). Para uma parcela dos alunos, tanto do primeiro ano, quanto do quarto ano, que optaram pela teoria multicausal, não há clareza sobre isso.

Saúde e doença são acontecimentos historicamente construídos de diferentes formas e em diferentes sociedades e que sofrem influência de elementos como a poluição atmosférica, o estresse, o ritmo de trabalho e o ambiente familiar, por exemplo. Esse tema também pode ser tratado a partir da sociedade, das condições de vida e trabalho (MINAYO,1997).

“O conceito de saúde coletiva (que hoje fundamenta a própria política de saúde) enfoca a saúde sob um prisma abrangente, que inclui trabalho, lazer, alimentação, condições de vida” ressaltando que as condições de vida e trabalho das pessoas influenciam sua situação de saúde (MINAYO, 1997).

É importante destacar que apenas dois estudantes relacionaram saúde com bem-estar; conceito enraizado a partir da definição da OMS em 1946, considerada abrangente para a época, mas atualmente insuficiente para o alcance dos determinantes sociais.

O modelo biopsicossocial de abordagem da saúde, semelhante ao modelo multicausal também foi encontrado em estudos semelhantes (REIS et al, 2010; SAMPAIO

et al, 2015). A realidade socioeconômica como determinante do processo saúde-doença foi encontrada no estudo de Torres et al (2011). No estudo de Sampaio et al (2015) e de Reis et al (2010) essa abordagem foi encontrada concomitante ao modelo multicausal assim como no presente estudo.

Percebe-se que o curso de graduação contribuiu para o desenvolvimento de um conceito ampliado de saúde, porém persiste a diversidade de conceitos e uma parcela dos alunos que ainda não compreende o processo saúde doença como socialmente determinado. É esperado que essa compreensão seja alcançada no decorrer do curso, mas tanto a percepção socioeconômica como a multicausal foram encontradas no primeiro e no quarto ano, demonstrando que houve pouca progressão.

Vale destacar que a maioria dos alunos do primeiro ano foram entrevistados ao final do ano letivo e que a determinação social do processo saúde doença é estudada em dois dos três módulos temáticos da série.

Promoção da saúde e prevenção de doenças, educação e diagnóstico da realidade foram as ideias predominantes nos discursos dos participantes sobre os elementos que contribuem para a saúde da população. Estes componentes harmonizam com o conceito ampliado de saúde. "A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra" (CZERESNIA, 2003).

Considerando esses pressupostos, as necessidades de saúde podem ser representadas pela busca de respostas para as más condições de vida (do desemprego à violência) ou a procura de um vínculo efetivo com algum profissional. Também a necessidade de se ter maior autonomia na condução da vida, ou, de ter acesso a toda tecnologia de saúde disponível para melhorar e prolongar a vida (CECILIO, 2001).

"Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades" (CECILIO, 2001). Para tanto, a captação da realidade objetiva e subjetiva das famílias e comunidade é essencial para a compreensão das reais necessidades de saúde da população.

No entanto, um dos desafios dos profissionais de saúde, sobretudo aqueles que atuam muito próximos das famílias e comunidades, como a Estratégia Saúde da Família, é transformar o modelo assistencial que visa o tratamento de doenças já instaladas, em um modelo de promoção de saúde e prevenção de doenças, criando ações que atinjam efetivamente a população assistida (SANTOS, 2016).

A promoção da saúde pode estar vinculada a transformação de comportamentos das pessoas, concentrando componentes educativos relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudança. Porém, um segundo enfoque da promoção da saúde sustenta-se na dimensão social da saúde e condiciona a promoção da saúde a qualidade de vida, incluindo-se estilos de vida responsável, oportunidades de educação ao longo da vida,

apoio social para famílias e indivíduos (BUSS, 2007; VENDRUSCOLO et al, 2015). Inclui-se também reforço ao desenvolvimento sustentável e no desenvolvimento de instrumentos de participação popular, conquista da cidadania e ampliação das capacidades individuais e coletivas.

A valorização da promoção da saúde, do conhecimento da realidade para atender as necessidades de saúde e da educação como instrumento do desenvolvimento da autonomia do sujeito são exemplificadas nos discursos dos participantes do estudo, abaixo demonstrados.

> [...]*Como enfermeira investiria na promoção da saúde, e não somente na prevenção de doenças, para melhorar a qualidade de vida da população e empoderá-la para que ela faça parte do processo*[...].
>
> *Realizar ações educativas voltadas para mudanças de hábitos, estilo de vida, comportamento e para que o indivíduo se sinta responsável por seus problemas de saúde e torne-se protagonista de sua história, para que possa trabalhar em conjunto com os serviços de saúde* [...].
>
> *Ao reconhecer onde estão as dificuldades da sociedade, a enfermagem junto a outros órgãos pode trabalhar para diminuir esses agravantes conhecendo a população e as condições ambientais que esse grupo vive*[...].

A compreensão do ser humano em sua totalidade também foi apontada por alguns alunos ao referirem a integralidade como elemento para alcançar a saúde da população, apontando para o cuidado holístico. Ao realizar a abordagem holística do cuidado, o profissional busca soluções para reduzir possíveis iniquidades que possam interferir no processo saúde-doença (LEMOS, 2010).

O cuidado holístico opõe-se ao tecnicismo e ao modelo biomédico, visto que essa abordagem deixa de lado apenas a doença e vê a integralidade do ser humano. A abordagem holística do ser humano deve conduzir o pensamento e as ações dos enfermeiros, baseando-se nos princípios da universalidade, igualdade e integralidade propostos pelo Sistema Único de Saúde (SOUZA; CARVALHO, 2019).

O atendimento de queixas foi referido por dois alunos do primeiro ano e essa concepção mostra um olhar reducionista, focado na doença, que desconsidera as dimensões do ser humano.

5 | CONCLUSÃO

Foram encontradas três concepções de saúde, sendo a primeira pautada na determinação social do processo saúde doença, a segunda relacionada a teoria multicausal e por fim o conceito de bem-estar, utópico e obsoleto.

No que se refere aos elementos que contribuem para a saúde da população as respostas apontaram para: promoção da saúde, planejamento estratégico, cuidado holístico e atendimento da demanda espontânea. As três primeiras foram predominantes e

são compatíveis com o conceito ampliado de saúde.

Os achados não se alinham com a hipótese elaborada no início do estudo, que sugeria que o aluno vai modificando e ampliando o conceito de saúde no decorrer do curso à medida que ele adquire novos conhecimentos e experiências, pois foi observada pouca progressão entre o primeiro e quarto ano. No entanto a abordagem dos elementos que contribuem para a saúde da população foi predominantemente centrada no conceito ampliado do processo saúde doença, mostrando a superação da concepção biológica, típica do modelo flexneriano de ensino em saúde.

Destacamos que este estudo pode contribuir para as próximas pesquisas envolvendo esta temática e também aponta a necessidade de abordar e aprofundar a concepção de saúde no decorrer do curso de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, CS.; DE OLIVEIRA MAGALHÃES JÚNIOR, C. A. O.; CARVALHO, G.S. Representações sociais sobre saúde de participantes de grupos de pesquisa de ensino de ciências do norte e do sul do brasil. **Revista Prisma**, v. 1, n. 1, p. 106-120, 23 jul. 2020.

BEZERRA, I. M. B; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J Hum Growth Dev**, v.26, n. 1, p 11-16, 2016.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais**. Revista Saúde Coletiva**, v.17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências, v. 3, p. 39-54, 2003.

EGRY. E. Y. **Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica**: guia para pesquisadores. Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem. São Paulo, 2008, p. 1-97.

HUBER, M. et al. How should we define health? **British Medical Journal**, London, n. 343, p. d4163, 2011.

LEFRÉVE, F; LEFRÉVE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

LEMOS, R.C. et al. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 354-9, 2010.

MINAYO, M.C.S. Saúde: concepções ε políticas públicas: saúde ε doença com o expressãocultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 1. p. 31-39.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, jan. 2000.

ORNELLAS, C.P. As doenças e os doentes: a apreensão das práticas médicas no modo de produção capitalista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 19-26, jan. 1999.

PERNA, P.; NOLASCO, M. M. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção práxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem. **Revista Trabalho Necessário**, v. 6, n. 6, 27 jun. 2008

PETTRES, A. A.; DA ROS, M. A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arq. Catarin Med**, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018.

REIS AM, SOARES CB, CAMPOS CMS. Processo saúde-doen**ça**: concepções do movimento estudantil da área da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n.2, p. 347-357, 2010.

RODRIGUES, C. C.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde** , Rio de Janeiro , jul/out. 2012 , v. 10 , n.2 , p. 235-255.

SAMPAIO, C. A. Percepção sobre o Adoecimento entre Estudantes de Cursos da Área da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.39, n.2, p.102-111; 2015.

SANTOS, T.A.Q. **Implantação de Estratégia de Saúde de Família**: os desafios das práticas de promoção e prevenção em saúde. Trabalho de conclusão de curso. Nova Friburgo, RJ, 2016.

SILVA, K.L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana** [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

SILVA, E.S.; LINS, G.A.; CASTRO, E.M.N.V. Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 171 -186, jan. 2017.

SOUZA, M.G.; CARVALHO, M.V.B. Terapias alternativas na atenção básica como estratégias para o enfermeiro no cuidado holístico dos pacientes. **Itinerarius Reflectionis**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 01–20, 2019.

TORRES, M.F.M; CARVALHO, R.F; MARTINS, D.M. Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. **Ciência saúde coletiva.** vol.16, suppl.1; 2011.

VENDRUSCOLO, C; TRINDADE,L.L. RECH, K.C.J.; FERRAZ L.; KRAUZER, I.M. Promoção da saúde: concepções que permeiam o ideário de gestores do Sistema Único de Saúde. **Pol. Públ**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 315-326, jan./jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **About WHO.** 2016. Disponível em: <http://www.who.int/about/en/>. Acesso em: 13 fev. 2016.

CAPÍTULO 17

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS NA ATENÇÃO PRIMARIA

Data de aceite: 04/07/2022

Pamela Rodrigues Lino de Souza

Paulo Campos

Renata Cristina Schmidt Santos

RESUMO: **Introdução**: A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Brasil, foi criada em 2006 e teve como objetivo garantir à população o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. **Objetivo**: O presente estudo teve como objetivo verificar a percepção dos enfermeiros sobre o uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos na atenção primaria. **Método**: Foi realizada uma pesquisa de campo, quantitativa e transversal, com a participação 28 enfermeiros que responderam um questionário sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Todos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido. **Resultado**: A amostra contou com 75% de mulheres e 25% de homens, com a média de idade de 46 anos. Dos participantes 92,9 % apoiavam o uso de plantas medicinais e fitoterápicos como terapia complementar e 46,4% apoiavam o uso exclusivo de plantas medicinais e fitoterápicos em diversos tratamentos. Apenas 21,4% relataram ter na sua formação acadêmica alguma disciplina que tenha abordado plantas medicinais e fitoterápicos. Quando questionado os enfermeiros sobre quais fitoterápicos fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) a babosa (Aloe Vera) foi a mais citada, por 85,7% dos participantes. Dos enfermeiros, 87,5% relataram interesse em uma capacitação sobre o uso plantas medicinais e fitoterápicos. **Conclusão**: Conclui-se que os profissionais apoiam o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, porém, é necessário promover a capacitação dos enfermeiros sobre o assunto.

PALAVRAS-CHAVE: Fitoterápicos; plantas medicinais; atenção primária; enfermeiros.

ABSTRACT: Introduction: The National Policy on Medicinal Plants and Herbal Medicines was created in 2006 and aimed to guarantee the Brazilian population safe access and rational use of medicinal and herbal plants. **Objective:** This study aimed to verify the perception of nurses about the use of Medicinal Plants and Herbal Medicine in primary care. **Method:** A quantitative and transversal field research was carried out, with the participation of 28 nurses who answered a questionnaire with questions about the use of medicinal plants and herbal medicines. All agreed to participate in the research and signed the Informed Consent Form. **Result:** The sample consisted of 75% women and 25% men, with an average age of 46 years. Of the participants, 92.9% support the use of medicinal plants and herbal medicines as complementary therapy and 46.4% support the exclusive use of medicinal plants and herbal medicines in the treatment. Only 21.4% reported having in their academic training any discipline that addressed medicinal plants and herbal medicines. When nurses were asked about which herbal medicines are part of the National List of Essential Medicines (RENAME), aloe (Aloe Vera) was the most mentioned,

by 85.7% of the participants. Of the nurses, 87.5% reported interest in training on the use of medicinal plants and herbal medicines. **Conclusion:** It is concluded that professionals support the use of medicinal plants and herbal medicines, however, it is necessary to promote the training of nurses on the subject.
KEYWORDS: Herbal Medicines; medicinal plants; primary attention; nurses.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, plantas medicinais correspondem a espécies vegetais utilizadas tradicionalmente como alternativa para promoção e recuperação da saúde. Estas propriedades terapêuticas são atribuídas à presença de constituintes bioativos, muitos dos quais são empregados no desenvolvimento de produção de medicamentos (OMS, 2016).

A fitoterapia é a arte de prevenir e curar doenças através do uso de práticas naturais, principalmente por plantas com caráter medicinal, a qual é muito utilizada pelos povos indígenas, africanos, chineses, egípcios e povos existentes antes de Cristo (BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012).

Devido a fauna e a flora do Brasil, o potencial para desenvolver está terapêutica é grande, pois é o país com maior diversidade vegetal do mundo, ampla miscigenação e o uso de plantas medicinais agregados com a tecnologia e a ciência solidarizariam e ampliariam o conhecimento sobre o uso de plantas medicinais (OLIVEIRA; COSTA; SANTOS, 2017).

O uso de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil está presente na utilização dos povos indígenas, está utilização inspirou-se na cultura africana e portuguesa. Devido ao avanço da alopatia e da indústria farmacêutica a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos é vista como crença e não como tratamento na qual pode ser utilizada. (OLIVEIRA; COSTA; SANTOS, 2017)

Entretanto, com o aumento dos estudos sobre fitoterápicos, levou a uma comprovação da ação terapêutica de várias plantas utilizadas popularmente, mas, principalmente ao fato de que a Fitoterapia é parte da cultura da população, sendo utilizada e difundida por muitas gerações (KLEIN et al., 2009)

O Brasil aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, pelo Decreto nº5.813, de 22 de junho de 2006, que tem como objetivo garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. As diretrizes da política foram detalhadas como ações no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – Portaria Interministerial nº 2.960/2008.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é a lista de medicamentos que deve atender à necessidade da população brasileira com insumos e medicamentos" (BRASIL, 2006). A implementação de fitoterápicos só foi validada no ano de 2006, no qual foram implementados no RENAME 12 fitoterápicos os quais são:

Alcachofra (CynaraScolymus), Aroeira (SchinusTerebinthifolia), Babosa (Aloe Vera), Cascara-Sagrada (RhamnusPurshiana), Espinheira- Santa (MaytenusIlicifolia), Garra-do-Diabo (Harpagophitum Procumbes), Guaco (MikaniaGlomerata), Hortelã (Mentha), Plantago (Psyllium), Salgueiro (Salix), Unha-de-Gato (Uncaria Tomentosa) e Isoflavona-de- Soja (Glycenne Max L. Merr). Estes são os 12 fitoterápicos com seus respectivos nomes científico disponibilizado no RENAME para uso no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL. 2012).

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), é uma estratégia da política de medicamentos para promover o acesso e uso seguro e racional dos medicamentos. O RENAME é revisado a cada dois anos pela Organização Mundial da Saúde; no ano de 2020, em sua lista de insumos e medicamentos foram inclusos 39 itens, sendo 37 medicamentos e 2 insumos (BRASIL, 2012).

Devido ao desenvolvimento da sociedade, a globalização e o crescimento da economia, houve um número maior de pessoas em procura de plantas medicinais e fitoterápicos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao seu menor custo e associados ao menor índice de efeitos colateral (VARGAS; TEIXEIRA; SANTOS, 2019).

Na farmácia da Unidade Básica de Saúde (UBS) são fornecidos de forma gratuita os remédios para tratamento de determinadas patologias, porém alguns desses medicamentos não são fornecidos devido ao seu alto custo (BELTRAME et al., 2007).

Nessa situação a população que faz uso desses medicamentos torna-se prejudicada pois talvez não tenha condição financeira para comprar o medicamento alopático, desta forma a medicina alternativa e complementar que propõe o uso de plantas medicinais e fitoterápicos pode ajudar a tratar e até mesmo curar a patologia. (ANGONESI; RENNÓ, 2018).

O uso das plantas medicinais é agregado em casos de pacientes que apresentam uma patologia crônica ou distúrbio mental. Nestes casos, muitas vezes, apenas o uso do modelo biomédico não é eficaz, sendo então necessária a utilização das plantas medicinais e fitoterápicos como medicina complementar para auxiliar o tratamento em busca de resultados mais favoráveis ao paciente (FERREIRA et al., 2019).

A implementação da prática medicinal utilizando plantas medicinais e fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), sugere novos aspectos para tratamentos de forma alternativa, podendo ajudar amplamente os pacientes, pois o uso de plantas medicinais e fitoterápicos possui menos efeitos adversos (BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012).

Entretanto, há um problema enfrentado pelo Sistema Único de Saúde: os profissionais da saúde não têm embasamento teórico e prático sobre o uso da medicina integrativa, desconhecendo a maneira correta de utilizar as plantas medicinais e fitoterápicos no seu âmbito de trabalho para diversos tratamentos, acarretando dificuldade em orientar e assistir os pacientes que são necessitados e de baixa renda (FONTENELE et al., 2013).

Portanto o presente estudo propõe verificar a percepção dos enfermeiros sobre o

uso de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção primária, pois é importante o papel do enfermeiro neste contexto, devendo assistir e orientar o paciente sobre o uso desta terapia complementar valendo-se das plantas medicinais e fitoterápicos, pois, segundo parecer do Conselho Regional de Enfermagem:

> "A prescrição de fitoterápicos é uma atribuição, dentro da equipe de enfermagem, privativa do enfermeiro, quando qualificado e possuidor de conhecimento científico e técnico para exercer autonomia profissional plena e prescrever fitoterápicos" (COREN; Nº006/2010).

MÉTODO

Estudo quantitativo e transversal, realizado com enfermeiros que atuavam na atenção primária e estavam cursando a pós-graduação em Saúde Pública, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem em Saúde da Família. Os critérios de inclusão foram: Enfermeiros que atuavam na atenção primária há mais de um ano. Os critérios de exclusão FORAM Enfermeiros que não preencheram todas as perguntas do questionário.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário estruturado no Google Forms, contendo perguntas fechadas e abertas. Constituído por 4 (quatro) questões de cunho pessoal, contemplando idade, tempo de formação acadêmica, curso de pós-graduação e quanto tempo estava atuando na atenção primária; 3(três) questões relacionadas ao conhecimento e prática no uso de plantas medicinais e fitoterápicos, 4 (quatro) relacionada a sua posição sobre o tratamento utilizando plantas medicinais e fitoterápicos totalizando 13 (treze) questões.

Com a aprovação do Comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), o questionário foi enviado para o e-mail dos alunos pela secretaria da pós-graduação e divulgado nos grupos de WhatsApp dos cursos pelos coordenadores. Ao clicar no link criado no google Forms, enviado por e-mail o aluno acessava as informações sobre a finalidade da pesquisa e a importância da participação na pesquisa para maior precisão nos resultados e logo em seguida tinha acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deixando claro que poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento. Ao clicar no aceite do TCLE o participante era direcionado para as perguntas da pesquisa onde os pesquisadores podiam acompanhar simultaneamente as respostas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo, no dia 29 de abril de 2021, número do Parecer: 4.681.317. Respeitando-se as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) expressas na Resolução n°466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelecem a participação voluntária e desistência em que o participante desejar sem qual quer restrição. Os dados foram analisados com estatística descritiva, gráficos e tabela.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a participação de 28 enfermeiros, sendo 75% (21) mulheres e 25% (7) homens, com a média de idade de 46 anos, onde todos os profissionais atuavam na atenção primária. Os gráficos abaixo mostram os dados sobre o tempo de formação e tempo de atuação na atenção primária.

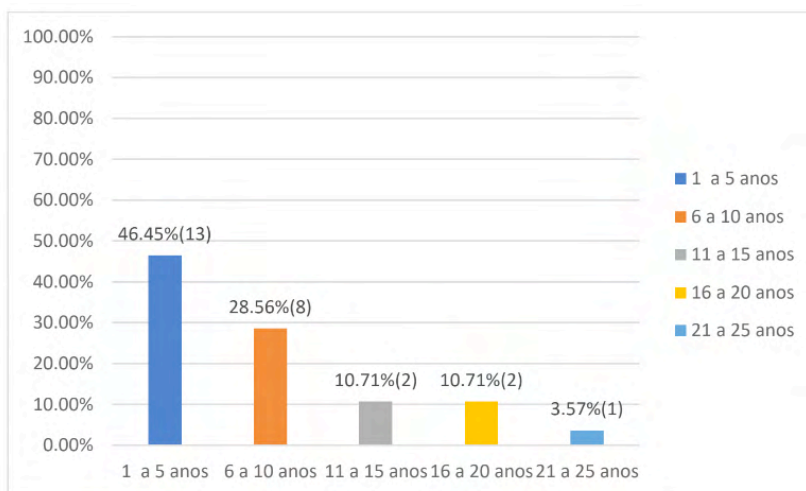



Figura 1. Tempo de formação acadêmica dos participantes.

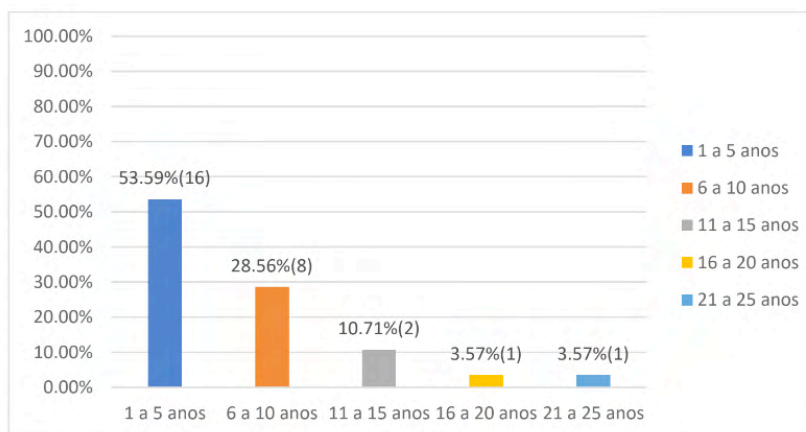



Figura 2. Tempo de atuação na atenção primária.

De acordo com os dados coletados 46,45% (13) dos enfermeiros estão formados na área entre 1 a 5 anos (Figura 1) e 53,59% (16) atuaram na atenção primaria no mesmo período de tempo (Figura 2).

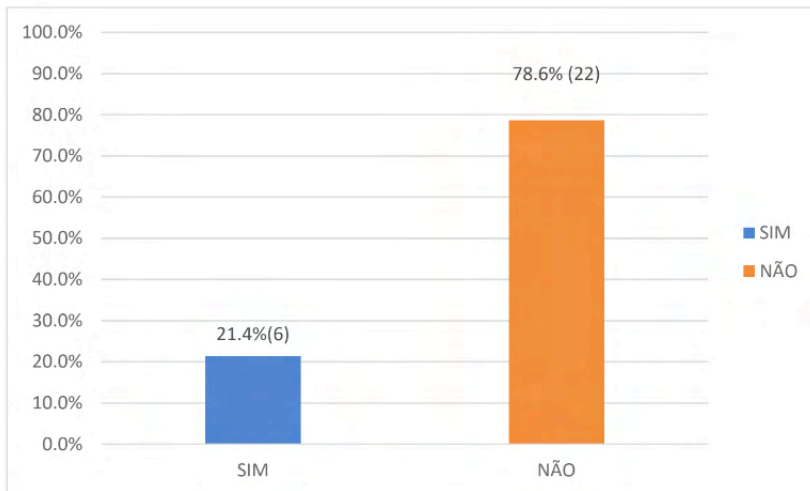



Figura 3. Porcentagem de enfermeiros que tiveram na formação acadêmica alguma disciplina que abordou Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Quando questionado aos participantes se na formação acadêmica tiveram disciplinas que abordaram plantas medicinais e fitoterápicos, 78,6% (22) dos enfermeiros afirmaram que não abordaram esse assunto em sua formação. Apesar da fitoterapia ser reconhecida oficialmente em nosso país como terapêutica complementar, percebemos no presente estudo, que a maioria dos profissionais não recebeu instruções durante a graduação sobre fitoterapia e plantas medicinais.

Segundo FERREIRA *et al* (2019) o enfermeiro realiza atividades com a equipe de trabalho e a população planejando e implementando ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, é de suma importância ter conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos contribuindo para a utilização deste método terapêutico, fortalecendo esta prática de forma segura dentro do SUS.

Outros autores ressaltam que os acadêmicos de enfermagem devem ter conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos durante sua formação acadêmica com o intuito de que seja oferecida uma orientação sobre eles aos pacientes quanto ao uso desta terapia, para reduzir possíveis danos à saúde do usuário (SOUZA et al 2020).

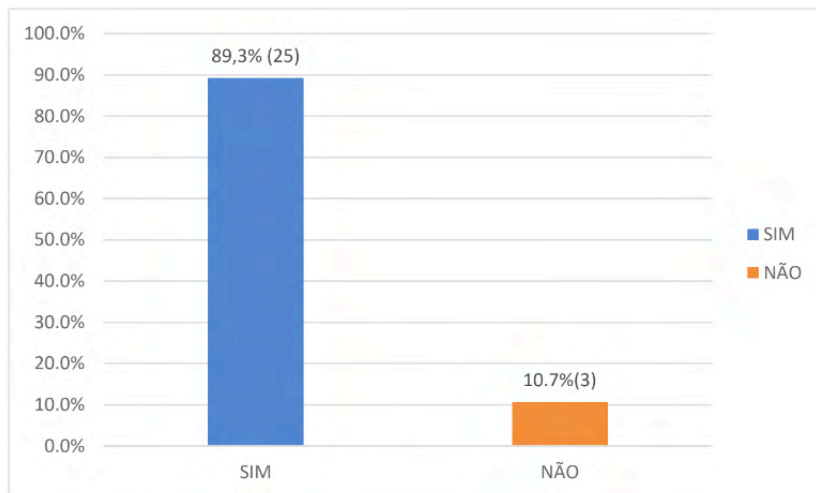



Figura 4.Porcentagem de enfermeiros que fizeram uso pessoal de plantas medicinais e fitoterápicos no tratamento de alguma doença.

De acordo com a Figura 4, 89,3% (25) dos participantes afirmaram que já utilizaram plantas medicinais e fitoterápicos como forma de tratamento de alguma doença. Esses resultados colaboram com a pesquisa de Fontenele et al. (2013), onde a maioria dos profissionais de saúde já fez uso pessoal de plantas ou medicamentos fitoterápicos (79,4%). Em outro estudo sobre o consumo pessoal de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro, a aceitação dos profissionais de saúde foi de 97,7% do total de entrevistados.

Porém, em uma outra pesquisa realizada com médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, quando os pesquisadores questionaram à utilização pessoal de plantas medicinais ou de fitoterápicos, verificou-se que 54,1% dos participantes responderam que já utilizaram esse recurso (MATTOS, *et al* 2018). Na pesquisa de NASCIMENTO *et al* 2016 também realizada com vários profissionais da saúde, constatou-se que 49% relataram fazer uso pessoal de plantas medicinais e fitoterápicos.

Existe a suspeita de que o consumo de plantas medicinais esteja associado, em parte, aos hábitos culturais da região e ao poder aquisitivo da população, já que essas espécies costumam ser mais utilizadas pela população em geral que pelos profissionais da saúde (JUNIOR et al, 2016).

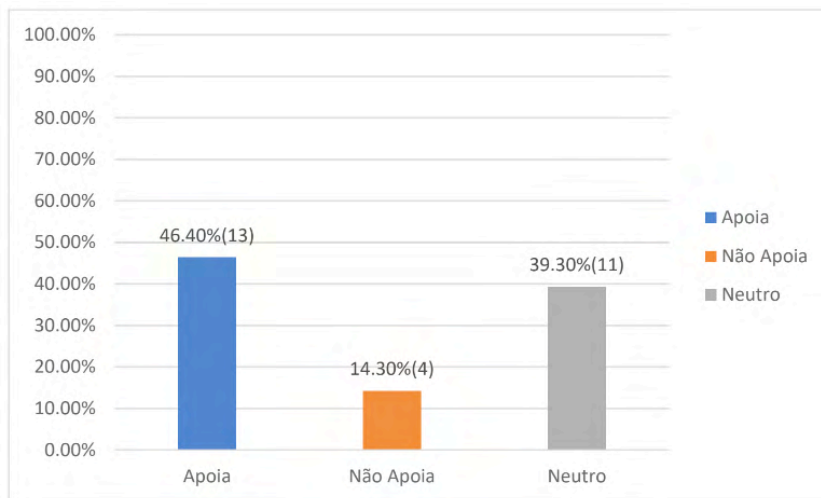



Figura 5. Porcentagem de enfermeiros que concorda com a substituição do tratamento alopático pelo uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

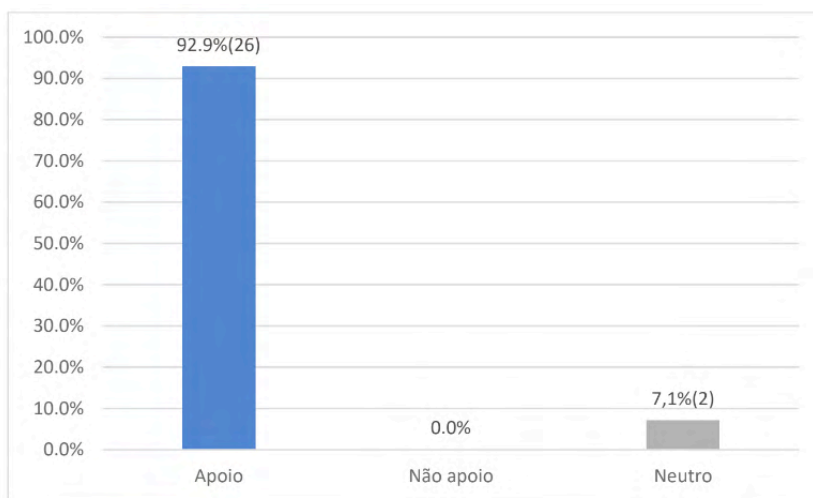



Figura 6. Porcentagem de enfermeiros que apoiam o uso de plantas medicinais e fitoterápicos em conjunto com tratamento alopático.

Quando questionado aos enfermeiros sobre a substituição do medicamento alopático pelo uso de plantas medicinais e fitoterápicos para tratamento, 46,40% (13) apoiam essa substituição caso o paciente solicite (figura 5). Mas 92,9 % (26) apoiam o uso de plantas medicinais e fitoterápicos em conjunto com o tratamento alopático (figura 6). No trabalho realizado por MATTOS et al 2018, os participantes da pesquisa foram médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem e quando questionado sobre a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos em substituição ao tratamento alopático apenas 12,1% se posicionaram favoráveis e sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos em conjunto

com o medicamento alopático 68,8% apoiam a utilização. Possivelmente, essa diferença nos resultados entre as pesquisas seja justificada pela diferença entre as categorias profissionais.

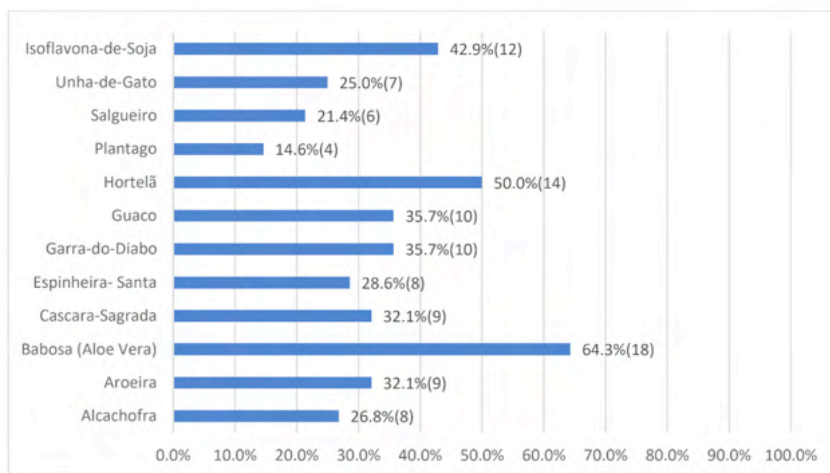



Figura 7. Porcentagem de fitoterápicos presentes no RENAME que foram citadas pelos enfermeiros na pesquisa.

Os enfermeiros foram questionados sobre quais fitoterápicos fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), nenhum participante soube citar todos os 12 fitoterápicos (figura 7). No estudo de Mattos *et al* 2018, 85,4%dos profissionais da saúde não souberam citar os 12 fitoterápicos que compõem a RENAME.

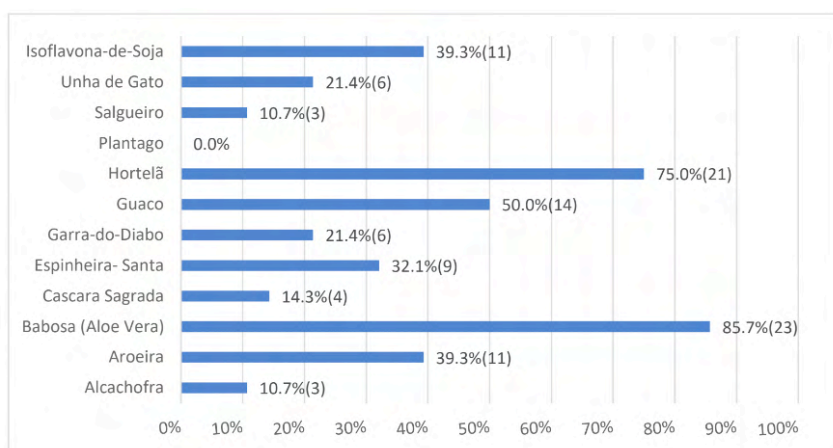



Figura 8. Porcentagem de enfermeiros que conhecem as indicações terapêuticas dos fitoterápico incluídos no RENAME.

Quando questionado sobre as indicações terapêuticas dos fitoterápicos cadastrados no RENAME, os fitoterápicos mais conhecidos foram a Aloe Vera citada por 85,7% (23) dos participantes e a hortelã citada por 75% (21) dos profissionais.

Para PONTES *et al*. 2006, a falta de conhecimento e o pouco enfoque em terapias alternativas durante a formação acadêmica representam o principal motivo pelo qual a grande maioria dos profissionais de saúde não conhecem os medicamentos à base de Plantas medicinais.

Quando questionado sobre quais fitoterápicos eram fornecidos pela Unidade Básica de Saúde onde trabalhavam, apenas um dos participantes soube citar os fitoterápicos e 10,71% dos enfermeiros souberam citar apenas um ou dois. Na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) estão incluídos os fitoterápicos Espinheira-santa, Garra do diabo, Isoflavona de soja e Valeriana (SMS-SP, 2021).

No Memento de Fitoterápicos da Prefeitura de São Paulo a seleção de medicamentos fitoterápicos no contexto da Secretaria Municipal de Saúde São Paulo (SMS-SP) ocorreu a partir da constituição, dentro da Comissão Farmacoterapêutica, responsável pela elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME- SP. O Memento também inclui os fitoterápicos Espinheira-santa, Garra do diabo, Isoflavona de soja e Valeriana (SMS-SP, 2014).

Dos participantes, 87,5% (24) relataram interesse em uma capacitação sobre o uso plantas medicinais e fitoterápicos. É necessário promover a capacitação dos enfermeiros sobre o assunto para que possam orientar de melhor forma os pacientes, pois este recurso de medicamento natural complementar é acessível para os usuários da atenção primária.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os profissionais apoiam o uso de plantas medicinais e fitoterápicos e alguns deles fazem o uso desses medicamentos naturais. Porém, os profissionais não conseguiram citar todos os fitoterápicos incluídos no RENAME e nem os fornecidos nas suas Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, Jordana; KANAN, Lilia Aparecida; MASIERO, Anelise Viapiana. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde Debate**, [*S. l.*], p. 1-13, 1 out. 2019

2. ALVES AR, SILVA MJP. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem, USP**. 2003; 37(4):85-91**.**

3. ALVIM, N. T.; FERREIRA, M. A.; CABRAL, I. E.; A. J. A. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Revista Latino-americano de Enfermagem,** v. 14, n. 3, 2006.

4. ANGONESI, Daniela; RENNÓ, Marcela. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **CienSaudeColet**, [*S. l.*], p. 1-10, 14 maio 2018.

5. BELTRAME, Alberto *et al*. **Assistência Farmacêutica no SUS**. 1. ed. Brasil: CONASS, 2007. v. 7.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 91p.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 533 de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de Mar. 2012. Seção 1, p62.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

9. BRUNING, Maria Célia; MOSEGUI, Gabriela Gonzales; VIANNA, Cid Melo. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, [*S. l.*], p. 1-11, 17 out. 2012.

10. FERREIRA, Eberto Tibúrcio et al. A utilização de plantas medicinais e fitoterápicos: uma revisão integrativa sobre a atuação do enfermeiro/The use of medicinal and phytotherapy plants: an integrational review on the nurses' performance. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 3, p. 1511-1523, 2019

11. FONTENELE, R.P.*; et al.,* Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil, **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, v.18, n.8, p. 2385-2394, 2013

12. JÚNIOR, B.J.N.; *et al*. Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med.,** Campinas, v.18, n.1, p.57-66, 2016.

13. KLEIN T, Longhini R, Bruschi ML, Mello JCP. Fitoterápicos: um mercado promissor. **Revista Ciência Farmacológica Básica Aplicada**. 2009, 30(3):241-248.

14. MATTOS, Gerson *et al*. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], 23 ago. 2018.

15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº2.960, de 9 de dezembro de 2008**. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. [*S. l.*], 9 dez. 2008.

16. NASCIMENTO, JÚNIOR, B.J. Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med.,** , [*S. l.*], p. 1-11, 22 jul. 2015.

17. OLIVEIRA, Aline de Fatima; COSTA, Isabelle Cristine; SANTOS, Kamila Feliz. Fitoterapia na atenção básica: estudo com profissionais enfermeiros. **Revista cuidado é fundamental**, [*S. l.*], p. 1-12, 9 abr. 2017.

18. PONTES, R.M.F.; et al., O uso da fitoterapia no cuidado de crianças atendidas em um centro de saúde do Distrito Federal. **Revista Comunicação, Ciências e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 129-139, 2006

19. PREFEITURA (São Paulo). MEMENTOS. MEMENTO DE FITOTERÁPIA: RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS-FITO. **FITOTERÁPICOS**, [*s. l.*], MAIO 2014. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/memento.pdf . Acesso em: 23 nov. 2021.

20. PREFEITURA (São Paulo). RENAME. RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA REDE BÁSICA DE SAÚDE. **REMUME**, [*s. l.*], NOVEMBRO 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/REMUME_dispensacao_atualizada_11_2021.pdf. Acesso em: 23 nov. 2021.

21. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA CASA CIVIL. **DECRETO Nº5.813, de 22 de junho de 2006**. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. [*S. l.*], 22 jun. 2006.

22. REIS, Bárbara Oliveira; ESTEVES, Larissa Rodrigues; GROCO, Rosangela Maria. AVANÇOS E DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO BRASIL. **Ciência & saúde coletiva**, [*S. l.*], p. 1-12, 21 ago. 2018.

23. RIBEIRO, Luis Henrique Leandro. Análise dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva territorial. **Ciência & saúde coletiva**, [*S. l.*], p. 1-10, 24 maio 2019.

24. SAMPAIO, Larissa Alves; OLIVEIRA, Dayanne Rakelly; KERNTOPF, Marta Regina; BRITO, Francisco Elizaudo de; MENEZES, Irwin Rose Alencar. PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O USO DA FITOTERAPIA. **REME- Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], p. 77-85, 17 mar. 2013.

25. SOUZA, Nayane *et al*. A importância da formação do profissional de enfermagem sobre o cuidado no uso de fitoterápicos e plantas medicinais: uma revisão sistemática. **Revista Multidebates**, [*S. l.*], p. 1-13, 26 dez. 2021.

26. VARGAS, Emilia Cristina; TEIXEIRA, Enéas Rangel; SANTOS, Yasmin Castanheira. Uso de Plantas com Fins Terapêuticos por Usuários de uma Unidade Pré-Hospitalar Pública de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista cuidado é fundamental**, [*S. l.*], p. 1-8, 11 dez. 2019.

27. VEIGA JÚNIOR, V.F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população; Revista Brasileira de Farmacognosia, v. 18, n. 2, p. 308-313, 2008

28. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA INTERMINISTERIAL nº Nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008**. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. [*S. l.*], 9 dez. 2008.CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. [Constituição (2010)]. **Privatização do enfermeiro**. [*S. l.*: *s. n.*], 2010.

CAPÍTULO 18

O ENFERMEIRO MEDIANTE AO ADOLESCENTE COM IDEAÇÕES SUICIDAS: UMA PERCEPÇÃO DA PSICOLOGIA EM ENFERMAGEM

Data de aceite: 04/07/2022

Joice dos Santos Bonandi
Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo-ES

Maria Victória Rodrigues Archanjo
Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo-ES

Otávio Evangelista Marvila
Graduando do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo-ES

Cristine Moreira
Professora Orientadora Cristine Moreira. Centro Universitário São Camilo-ES

RESUMO: Os pensamentos suicidas tiveram um grande aumento nos últimos anos e isso foi consequência de diversos fatores, como por exemplo, a falta de uma estrutura familiar, ansiedade por conta do imediatismo imposto pela sociedade e os problemas relacionados às redes sociais. O presente trabalho visa analisar a importância do profissional de enfermagem na abordagem aos adolescentes com ideações suicidas, sendo importante o conhecimento prévio de técnicas aplicadas na psicologia. Entender os motivos que levam à ideação suicida e o comportamento desses adolescentes faz com que seja escolhido o melhor método de resolução do problema. É essencial que este profissional saiba identificar os problemas relacionados ao convívio social desses pacientes e passem aplicar essas técnicas na abordagem no meio da enfermagem em conjunto com diversos outros profissionais, além da escola e família. O presente trabalho visa abordar uma pesquisa de revisão da literatura, do tipo qualitativa a partir de estudos de especialistas da área da saúde, entre eles enfermeiros e psicólogos, que procuram trabalhar uma abordagem mais humanizada em pacientes adolescentes com ideações suicidas. Ressalta-se que a capacitação destes profissionais gera uma atenuação no sofrimento pré e pós-traumático, tanto do paciente quanto dos familiares. Deste modo, serão apresentadas técnicas de abordagem feitas por esses profissionais, além de métodos utilizados no meio da psicologia e enfermagem que visam o diagnóstico e avaliação da potencialização do pensamento suicida. Sendo assim, são discutidos aspectos relacionados à importância que este profissional pode apresentar com a comunicação contínua entre escola, família e sociedade e apresentar os caminhos que podem ser relevantes para resolução do problema apresentado principalmente por adolescentes.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Psicologia; Família, Suicídio.

THE NURSE THROUGH ADOLESCENTS WITH SUICID IDEATIONS: A PERCEPTION OF PSYCHOLOGY IN NURSING

ABSTRACT: Suicidal thoughts had a great increase in recent years and this was a consequence of several factors, such as the lack of a family structure, anxiety due to the immediacy imposed by society and problems

related to social networks. This study aims to analyze the importance of nursing professionals in approaching adolescents with suicidal ideation, with prior knowledge of techniques applied in psychology being important. Understanding the reasons that lead to suicidal ideation and the behavior of these adolescents makes the best method of solving the problem to be chosen. It is essential that these professionals know how to identify the problems related to the social life of these patients and start applying these techniques in the approach in nursing together with several other professionals, in addition to the school and family. The present work aims to approach a qualitative research based on studies by health specialists, including nurses and psychologists, who seek to work with a more humanized approach to adolescent patients with suicidal ideation. It is noteworthy that the training of these professionals generates an attenuation in the pre- and post-traumatic suffering of both the patient and family members. Thus, approach techniques made by these professionals will be presented, as well as methods used in psychology and nursing, aimed at diagnosing and evaluating the potential for suicidal thinking. Therefore, aspects related to the importance that this professional can have with the continuous communication between school, family and society are discussed, and the paths that can be relevant for solving the problem presented mainly by adolescents are discussed.
KEYWORDS: Nursing; Psychology; Family; Suicide.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida do ser humano onde acontecem descobertas psicológicas, biológicas e sociais. Este período de desenvolvimento traz uma diversidade de sentimentos e comportamentos que diante de problemas podem acarretar o surgimento de comportamentos autodestrutivos.

O aumento alarmante nos casos de suicídio entre os adolescentes tornou-se uma preocupante questão de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), na última década as mortes por suicídio de adolescentes e jovens pode chegar a 800.000 casos por ano em todo o mundo, no Brasil é a 3ª causa de morte entre esse público. Considerando essa vertente, a ideação suicida precede o ato e por isso, requer um entendimento dos fatores que corroboram para que ocorra uma crise (ARAUJO, VIEIRA E COUTINHO, 2010).

A princípio não há uma relação interpessoal desse tipo de paciente com o enfermeiro, contando que o objetivo do profissional é apenas prestar seu atendimento padrão. Porém, dada à circunstância de ser um problema social cada vez mais comum e considerando situações que sejam necessários atendimentos hospitalares, é notória a necessidade de preparo especializado para um atendimento adequado e mais humanizado, uma vez que a vítima se encontra com sua saúde mental fragilizada.

Diante disso, o enfermeiro encontra-se em uma situação desafiadora para a sua prática profissional, uma vez que é necessário um atendimento humanizado e terapêutico para prevenção e/ou intervenção dos comportamentos suicidas. Neste contexto, como o profissional de enfermagem através da percepção da psicologia atua com conhecimentos

que proporcione, no atendimento ao adolescente com ideações suicidas, a identificação e compreensão de fatores emocionais do paciente e de seus familiares para a oferta de um atendimento adequado?

Para tanto, a capacitação especializada para o profissional de enfermagem torna-se uma importante ferramenta para a atenuação dos problemas mentais enfrentados para este tipo de paciente. Com o aumento no número de casos de suicídios de adolescentes nos últimos anos, percebe-se a importância de uma abordagem sólida com métodos técnicos humanizados pelo profissional de enfermagem no atendimento a esse público específico.

Portanto, o presente estudo visa analisar características que devem estar presentes na atuação do profissional de enfermagem durante a abordagem a esses indivíduos em seu ambiente de trabalho. Dessa forma, é importante atuar de maneira correta, pois, em muitos casos, o adolescente chega para o atendimento totalmente transtornado, sendo o papel do enfermeiro essencial para a realização do processo desconstrução dos pensamentos suicidas (CARMONA; PICHARDO, 2012).

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma pesquisa de revisão da literatura, de natureza qualitativa com objetivo de aprofundamento de dados teóricos sobre o conteúdo da pesquisa. Através de levantamentos bibliográficos e de uma busca exploratória em sites acadêmicos como Google Acadêmico, Scielo e revistas foi possível a aquisição de dados para o desenvolvimento do trabalho.

A pesquisa bibliográfica é "o primeiro passo em qualquer tipo de pesquisa científica, com o fim de revisar a literatura existente e não redundar o tema de estudo ou experimentação" (MACEDO, 1994, p. 13), ou seja, a partir da pesquisa bibliográfica é possível organizar os dados já existentes sobre o assunto de estudo para que a pesquisa seja enriquecedora. Esse levantamento bibliográfico proporciona uma gama de informações sobre o tema de estudo, que a partir de uma investigação específica ocasionada pela natureza qualitativa da pesquisa Triviños (1987) discorre que é a partir dessa aplicação da pesquisa que se busca os dados e sua aplicação nos contextos que são propostos no estudo**.**

Para tanto, a pesquisa se deu no período entre 2 a 3 meses a partir do estudo de autores como Carmona E Pichardo (2012), Organização Mundial Da Saúde (OMS), Teixeira Et. Al. (2020), Simões; Santos; Martinho (2020) Silva; Madeira (2015), Silva; Engstrom (2020), Carrascal; Castilho, (2012), Silva, Souza e Andrade (2015), Brasil (2019) que corroboram com a temática em artigos e revistas científicas, trabalhos acadêmicos e legislações vigentes sobre o tema.

A etapa de análise de conteúdo é fundamental para que a revisão de literatura que propicie um conhecimento que visa além da elaboração do artigo, identificar autores que

contribuem para a futura prática profissional a partir da aprendizagem adquirida. Neste contexto, os autores em estudo foram selecionados considerando, em sua grande maioria, um período de menor de 10 anos de publicação, salientando que nos últimos anos o crescente número de suicídio entre jovens e adolescentes ocasionou num maior estudo sobre essa questão de saúde.

Sendo assim, Brocke et al. (2009, p. 2) afirma que "o processo de excluir e incluir fontes deve ser tão transparente quanto possível para que a revisão seja de comprovada credibilidade". Por isso, objetivos, planejamento, análise e escrita são processos fundamentais para que a discussão seja realizada de forma adequada e atendendo às necessidades e finalidades da pesquisa. De acordo com os métodos de inclusão foi possível delimitar a pesquisa, bem como as palavras-chave enfermagem psicologia, família e suicídio, através das características de autores que viabilizassem o estudo. E o método de exclusão, delimitou o campo de pesquisa para que autores que não atendia aos critérios de estudo fossem retirados da revisão para que não abrangessem o foco do estudo tomando como descritores o suicídio, a ideação suicida, a contribuição da psicologia na prática do enfermeiro em português, inglês e espanhol por se tratar de tema de saúde pública mundial.

Um outro momento de abordagem sobre o tema de estudo foi numa apresentação para alunos de 8º e 9º anos do ensino regular sobre a importância da campanha setembro amarelo de combate ao suicídio. Neste momento, foi possível explanar sobre a importância da conscientização da prevenção do suicídio e dialogar através de dinâmicas sobre sentimentos. A revisão sistemática, com a contribuição dessa etapa proporciona através da prática, a análise dos conteúdos de estudo que segundo "ajudam a sintetizar a evidência disponível na literatura sobre uma intervenção" (SAMPAIO E MANCINI, 2007, p.83).

DISCUSSÃO

Os problemas relacionados à saúde mental do ser humano não eram enfrentados antigamente. Com o avanço tecnológico e as ideias contemporâneas de que as pessoas precisam realizar seus sonhos e desejos de forma imediata, trouxeram o grande problema da ansiedade.

Atualmente os adolescentes tentam se reencontrar no mundo, vão à procura dos padrões que a sociedade estabelece. Dessa forma, os pais e responsáveis por esses adolescentes e jovens precisam se conscientizar sobre a manutenção da saúde mental deles, para que não cheguem ao extremo, ou seja, precisam observar atentamente os comportamentos deles para que não cheguem ao ponto de cometerem o suicídio. Além dessa situação vivenciada pelos pais e responsáveis, psicólogos também relatam com frequência problemas familiares relacionados a traumas enfrentados na infância, em consequência disso, esses adolescentes alimentam sentimento de culpa e arrependimento, dando a eles a ideia de que o suicídio é uma forma de amenizar o sofrimento enfrentado

por eles (SILVA; MADEIRA, 2015).

A fase da adolescência geralmente é muito complexa, repleta de conflitos, inseguranças e incertezas. Dessa forma, os adolescentes apresentam diversas reações diante dos problemas enfrentados. Muitas vezes não conseguem determinar as reflexões sensatas em suas decisões, sendo assim, o profissional de enfermagem, durante a abordagem, deve estar ciente que esses adolescentes sofrem alterações além do campo biológico, mas também comportamentais (SILVA; ENGSTROM, 2020).

Para se entender os motivos que levam os adolescentes à tentativa de suicídio, é preciso saber o que leva à depressão, pois ela é um dos principais fatores que levam ao ato a ser praticado. A ansiedade, estresse, casos cotidianos que levam à baixa autoestima, falta de propósito de vida e dificuldade de resolução dos problemas pessoais são fatores determinantes que levam uma pessoa a desenvolver características depressivas. Desse modo, enfatiza-se cada vez mais que os familiares, escola e profissionais da saúde saibam diagnosticar, abordar de forma correta e tratar esses fatores (SIMÕES; SANTOS; MARTINHO, 2020).

Dentre os comportamentos suicidas encontra-se a ideação suicida que é o ato de pensar em se matar que se trata de uma das mais comuns variáveis do suicídio. Esse comportamento tem origens de naturezas clínicas, genéticas, demográficas, sociais, dentre outros. A ideação suicida é um fator impactante na saúde pública que atende a diferentes problemáticas relacionadas ao indivíduo.

O procedimento suicida é um problema de cunho psicossocial que se não chegar a sua finalidade (óbito), pode deixar sequelas físicas e mentais pelo resto da vida da pessoa (SOUZA, et. al., 2010). Ao se analisar a faixa etária adolescente e jovem este comportamento trata-se de uma patologia que requer atenção clínica, pois segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma questão de saúde em crescimento alarmante.

O indivíduo em seu momento de ideação suicida causada pela pressão psicológica pode tomar atitudes que levam a lesões físicas que necessitam de um atendimento médico. Ao adentar o ambiente hospitalar, muitas vezes, o primeiro contato de suporte profissional será o enfermeiro. O profissional, neste momento, precisa estar atento à situação para que seu atendimento seja avaliativo e diagnóstico (CARMONA; PICHARDO, 2012).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), juntamente com a escola e a família, apresenta um papel importante no enfrentamento dos pensamentos suicidas de adolescentes. Os profissionais de saúde devem fazer uma conexão sólida, desde a detecção dos pensamentos suicidas até o ato praticado pela vítima, é preciso haver uma equipe focada em cada etapa do problema apresentado. O enfermeiro pode se destacar nessa situação como um facilitador durante o processo de socialização e construção do conhecimento, através da entrevista motivacional e mostrando o caminho para outros profissionais da saúde (TEIXEIRA et. al., 2020).

Segundo Kendal et. al (2017) é importante que o profissional de enfermagem

tenha um entendimento aprofundado das linguagens da internet, visto que este mundo online apresenta um grande fator de contribuição de aspectos depressivos e pensamentos suicidas. Esta característica se dá principalmente por conta de julgamentos das ações do que as pessoas fazem nas redes sociais, como por exemplo um comentário, uma opinião pessoal ou até mesmo uma simples foto postada. Dessa forma, o enfermeiro deve ter percepção das noções de psicologia para entender a gravidade dessas situações.

A internet é um importante e poderoso meio de comunicação e fonte de informações, porém o seu uso é questionado há vários anos. Um dos grandes agravantes no crescimento das tentativas de suicídios está na necessidade de socialização nas redes sociais, frequentemente se vê notícias de adolescentes enfrentando depressão e até mesmo cometendo suicídios e muitos desses casos estão relacionados com rejeição nas redes sociais. Dessa forma, é importante que os pais estejam atentos aos comportamentos dos filhos e tenham controle sobre o que eles fazem durante o uso dessas redes (MELLO et al., 2017).

Neste contexto, Silva, Silva, Cavalcante Neto (2017, p. 5) afirmam que o enfermeiro é “um facilitador de processos de socialização, comunicação, expressão e construção do conhecimento”. Essa questão de se tornar um facilitador dos processos citados se dá por meio da entrevista motivacional, visando uma integração do adolescente com suas necessidades e o tratamento adotado pelo enfermeiro. O profissional de enfermagem tem um papel importante na abordagem desses adolescentes nas situações em que se tem contato direto com a família, dando assim, uma ampliação no entendimento de sua realidade. Dessa forma, esse profissional é capaz de detectar os riscos à saúde da família e trabalhar prevenção ao suicídio. É importante citar nessa situação que o enfermeiro tem a função de dar apoio aos familiares, dando suporte não somente no seio familiar, mas também nos momentos de conturbação como, por exemplo, no pronto socorro de hospitais (CARRASCAL; CASTILHO, 2012).

Neste primeiro contato, o sentimento de empatia e cuidado no atendimento dessa pessoa são fundamentais para que todo o processo ocorra de forma humanizada, pois segundo Carmona e Pichardo (2012, p. 3), “as atitudes estigmatizantes influenciam negativamente a atenção e o tratamento recebidos pelos pacientes”. Sendo o enfermeiro quem atende esse adolescente e jovem, saber identificar as emoções que estão afloradas no paciente e as próprias emoções diante de uma situação fragilizada é fundamental para que o atendimento seja eficaz.

Para Residorfer (2015) considerando a aversão a situação-problema que o enfermeiro se encontra no primeiro contato com este paciente, a inteligência emocional do profissional é ponto de partida para que o seu atendimento seja realizado com sucesso em sua prática cotidiana em situações com pacientes oriundos de tentativa de suicídio na atenção primária à saúde.

A importância do entendimento do profissional de enfermagem faz com que ele se

sinta mais preparado para atender essas vítimas, não somente com técnicas de abordagem, mas também o preparo psicológico, pois por muitas vezes este profissional pode ter uma rotina cansativa e estressante, e para atender este tipo de paciente é preciso estar com o emocional fortalecido. Dessa forma, o profissional pode adotar planos de ação quando for necessária sua atuação, tendo uma tomada de decisão eficaz e consistente (PESSOA, 2020).

Apesar da dificuldade no diagnóstico de adolescentes com pensamentos suicidas, algumas ferramentas contribuem para detecção e avaliação de cada caso:

- PLACE (Plano de cuidados de enfermagem) tem o objetivo de avaliar, diagnosticar e intervir, a fim de identificar cuidados essenciais e necessários, dando assim uma tomada de decisão correta.
- ASQ (Ask Suicide-screening Questions) é um tipo de triagem por meio de questionários.
- Escala de ideação suicida de Beck (BECK, KOVACS, E WEISSMAN) outra ferramenta de triagem e avaliação de risco, ela é capaz de detectar o risco de suicídio a partir de atitudes e comportamentos durante o teste.
- Escala Modificada para Ideação Suicída (MILLER et. al, 1986), rastreia indivíduos com potencialidade de tentativas de suicídio, são 18 perguntas que variam de peso de 0 a 3, sendo um total de até 54 pontos. Os resultados com valores mais altos apresentam maiores riscos. Apesar de poder ser usado por profissionais ou leigos, é preciso analisar precisamente o resultado.
- Avaliação e triagem de cinco etapas da avaliação de suicídio (JACOBS et al, 2009). São 5 etapas que compreende situações que envolvem a relação do adolescente com ideações suicidas. As etapas são compreendidas em: Identificação de fatores de risco, nesse caso, esses fatores são capazes de serem alterados de acordo com a situação apresentada. Situações de valorização a partir de pontos positivos apresentados pelo paciente, questionários pré-estabelecidos referentes a situações suicidas. Diante disso, as análises são feitas e são tomadas decisões que melhor de adequam a cada situação.

Além dos métodos apresentados, existem outros estudos importantes que contribuem para o diagnóstico e avaliação de ideações suicidas. O importante neste caso é que o profissional estude e aplique o método escolhido corretamente. É importante citar a partir desses métodos que o investimento na prevenção é melhor que o tratamento após a realização do ato. A prevenção deve ser feita a partir de uma interação humanizada e respeitosa. É preciso que o profissional que aborda esses adolescentes tenha empatia, saiba ouvir e entender seus questionamentos, dessa forma, o trabalho a ser realizado se torna mais eficiente com um resultado positivo (MELGAR, 2018).

Neste contexto, a psicologia torna-se uma aliada fundamental para a prática do enfermeiro, pois é a ciência que estuda o psíquico do ser humano através da análise

comportamental e emocional. E, sendo o enfermeiro um profissional atuante com outras pessoas que precisam do seu suporte técnico e emocional, saber atender às necessidades que surgem no contato com o paciente é fundamental para o andamento e sucesso do atendimento. Para tanto, a psicologia contribui para que o enfermeiro ultrapasse a barreira do atendimento técnico e seja capaz de acolher, compreender e adotar medidas que visem a melhoria da qualidade de vida do seu paciente, no caso, jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade emocional e seus familiares (SILVA, SOUZA E ANDRADE, 2015).

Destarte, para que essa contribuição seja significativa é fundamental que essa visão de colaboração seja trabalhada desde a formação acadêmica do enfermeiro uma vez que a psicologia faz parte da área de conhecimento juntamente com outras ciências humanas "responsáveis pelas bases ética, política e social do trabalho em saúde" (ESQUERDO E PEGORARO, 2010, p. 256). De acordo com essa visão, a interação entre profissional e paciente é primordial para a humanização no cuidado ofertado no atendimento hospitalar.

Essa conduta multiprofissional atribuída ao enfermeiro visa um aperfeiçoamento no atendimento na dimensão ética da prática cotidiana a fim de o seu relacionamento com os pacientes e familiares seja pautado numa maior atenção aos diferentes sintomas físicos e psicológicos para que o diagnóstico e intervenção sejam pautados na compreensão de que seu paciente é um ser humano com emoções para que não reduzido a somente a sua enfermidade tratável com técnicas.

Reafirmando por Esquerdo e Pegoraro (2010, p. 263) que diz que para que a "psicologia no contexto hospitalar contribui para a consideração e respeito às singularidades de cada ser humano – paciente ou profissional – envolvido no processo saúde-doença". Colocando em evidência os jovens e adolescentes que são atendidos por situações relacionadas a ideações suicidas, a interação interpessoal entre enfermeiro e paciente requer habilidades cognitivas e comunicativas que não banalize a situação em que se encontra o paciente e sim que o acolha de forma humanizada e profissional para um atendimento de qualidade.

Para tanto, as equipes de atuação podem se relacionar a fim de determinar planos de ação capazes de fortalecer os aspectos de prevenção às ideações suicidas. Estes planos são importantes, pois a avaliação é feita em conjunto com a família, escola, profissionais de saúde e o próprio adolescente. Pode-se trabalhar soluções para os problemas enfrentados pelo adolescente a partir de planejamento de atividades físicas frequentes, melhora na alimentação constante diálogo com os profissionais de saúde que acompanham o planejamento, incentivo de interação com a família e amigos.

Essas ações podem ser fundamentais na prevenção do suicídio e melhoria na qualidade de vida dessas pessoas (SISLER; NAKAISHI; STEINBUCHEL, 2020).

Além do constante trabalho realizado por esses profissionais, é preciso que o governo incentive a sociedade no geral a contribuir para a reflexão sobre o combate da ideação suicida. O Governo Federal, através do Ministério da Saúde, realiza anualmente, no mês de setembro, o chamado Setembro Amarelo, e o dia de 10 de setembro é dia

escolhido para o dia Mundial de Prevenção do Suicídio, no qual realiza diversos programas de conscientização sobre a valorização da vida, dando ênfase à importância de que o assunto deve ser conversado por toda a sociedade (BRASIL, 2021).

Além dos incentivos do Governo Federal, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o documento “Suicide Prevention Program” (SUPRE) com finalidade de incentivar a prevenção do suicídio. Os objetivos do programa são:

> [...] possibilitar a ampliação da conscientização acerca dos problemas derivados do comportamento suicida; identificar variáveis válidas e fidedignas da determinação dos fatores de risco para o comportamento suicida fatal e não fatal, enfatizando principalmente os fatores sociais, descrever os padrões comportamentais do suicídio, identificar as variáveis determinantes do comparecimento a serviços de saúde dos indivíduos que tentaram suicídio, identificar os tratamentos capazes de minimizar as tentativas de suicídio; melhorar a eficácia dos serviços de saúde através de 26 intervenções específicas que reduzam a quantidade de tentativas de suicídio (BOTEGA et al., 2005, p. 178).

Dessa forma, esse programa pode dar um auxílio aos profissionais de enfermagem com finalidade de desenvolver métodos importantes para a prevenção das ideações suicidas. Além disso, o Governo Federal instituiu no ano de 2019 a Política de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, através da Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019.

Essa Lei estabelece no Art. 3º:

> Art. 3º São objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio:
>
> I – promover a saúde mental;
>
> II – prevenir a violência autoprovocada;
>
> III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
>
> IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
>
> V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
>
> VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
>
> VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
>
> VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;
>
> IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de

> saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019).

Sendo assim, além das políticas públicas, é preciso haver incentivo para o combate às ideações suicidas e conscientização de toda sociedade sobre os problemas enfrentados por esses jovens para que os dados que atualmente são alarmantes sejam diminuídos e/ou erradicados uma vez que a prevenção e tratamento adequado são as principais vias de enfrentamento às ideações suicidas e ao suicídio.

CONCLUSÃO

Diante do que foi abordado neste trabalho, pode-se concluir que a participação do profissional de enfermagem é essencial para a prevenção e tratamento de ideações suicidas de adolescentes. Foram expostos os principais problemas enfrentados por esses jovens e seus desafios frente à uma sociedade tão exigente e julgadora como a atual. Dessa forma, a preparação do enfermeiro desde a sua formação deve ser sólida para um melhor atendimento ao público.

É importante salientar que além das técnicas apresentadas, outras também podem ser desenvolvidas e aprimoradas através de experiências adquiridas em fatos anteriores. Não há um sistema engessado para a abordagem desses pacientes, mas vale ressaltar que o acompanhamento regular de todas as equipes, sendo elas da saúde, familiar ou escola, deve ser mantido, com finalidade de obter um resultado satisfatório. É essencial que toda a sociedade passe a debater e fazer questionamentos a respeito do aumento de adolescentes com ideações suicidas e estabelecer metas para resolução dos problemas de cada caso.

Além disso, é necessário que a sociedade cobre das autoridades governamentais que sejam desenvolvidos programas e campanhas que relacionem a conscientização e incentivo ao combate e tratamento da ideação suicida. A responsabilidade não pode ficar restrita aos familiares ou escola e nem transferida a eles. Para ter um resultado satisfatório, é primordial que se tenha integração de todos, seja do governo dando suporte aos profissionais e familiares, ou dos profissionais de saúde através de estudo frequente e integração entre eles, entre familiares e escola através de uma aproximação e conversação constante acerca dos problemas cotidianos enfrentados por esses adolescentes. Sendo assim, se houver união entre todos os responsáveis envolvidos, é possível que os índices de depressão, ideação suicida ou até mesmo o ato final tenha uma diminuição significativa.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Luciene da Costa; VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO Maria da Penha de Lima de. **Ação suicida na adolescência**: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. Psico-USF [online]. 2010, v. 15, n. 1 [Acessado 20 Setembro 2021], pp. 47-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006>. Epub 02 Jul 2010. ISSN 2175-3563. https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006.

BOTEGA, N. J., BARROS, M. B. A., OLIVEIRA, H. B., DALGALARRONDO, P., MARÍN- LEÓN, L**. Suicidal behavior in the community**: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **"Saúde lança boletim temático sobre prevenção ao suicídio"**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia- sanitaria/2021/09/saude-lanca-boletim-tematico-sobre-prevencao-ao-suicidio. Acesso em: 26 de outubro de 2021.

BRASIL. "Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios". 2019.

BROCKE, J.; SIMONS, A.; NIEHAVES, B.; RIEMER, K.; PLATTFAUT, R. & CLEVEN, A. **Reconstructing the giant: On the importance of rigour in documenting the literature search process.** In Proceedings of the 17th European Conference on Information Systems, 2009.

CARMONA-NAVARRO M. C.; PICHARDO-MARTÍNEZ M. C**. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida:** influência da inteligência emocional. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012;20(6):1161-1168. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104- 11692012000600019&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019. Acesso em 20 de outubro de 2021.

CARRASCAL, GC; CASTILLO, CVC. **Familia y escuela**: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. Colombia: Avances em Enfermaría, 2012, 102-117.

ESQUERDO, Fernanda Azevedo; PEGORARO, Renata Fabiana. **Contribuições da psicologia para a formação do técnico em enfermagem**: concepções dos alunos. Psicologia em Estudo. 2010, v. 15, n. 2, pp. 255-264. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/pe/a/S3g6Zq9vLMqt5sTFCXzBLCp/?lang=pt&format=pdf>. Epub 14 Set 2010. ISSN 1807-0329. Acesso em: 19 de outubro de 2021.

JACOBS, D. et. al. **Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts.** Journal of Adolescent Health. 44(4):335– 341, 2009.

KENDAL, S. et al. **How a moderated online discussion forum facilitates support for young people with eating disorders**. Health Expect. v. 20, n. 1, p. 98-111, 2017.

MACEDO, N. D. **Iniciação** à **pesquisa bibliográfica**: guia do estudante para a fundamentação do trabalho de pesquisa. São Paulo, SP: Edições Loyola,1994.

MELGAR, M. P. **Papel enfermeiro em la prática clínica em la prevención preimaria del suicidio em la población adolescente.** TCC [Graduação em Enfermagem] - Universitat de Barcelona, Barcelona; 2018.

MELLO, F. C. M. et al. **A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados**. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2939-2948, set. 2017.

MILLER, LC. et. al. **Mononuclear cell profiles in muscle biopsies from patients with polymyositis and childhood dermatomyositis.** J Rheumatol. 1986.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde para os adolescentes do mundo**: uma segunda chance na segunda década. Genebra: Organização Mundial da Saúde, (2014). Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018 Acesso em 20 de outubro de 2021.

PESSOA, D. M. S. et al. **Assistência de enfermagem na atenção primária** à **saúde de adolescentes com ideações suicidas**. Rev Min Enferm. 2020.

REISDORFER, Nara et al. **Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida**. Rev. Enferm. UFSM. 2015.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. **Estudos de Revisão Sistemática**: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. V. 11, n. 1. São Carlos-SP: Revista Brasileira de Fisioterapia, p. 83-89, 2007.

SILVA, R. F.; ENGSTROM, E. M. **Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro:** uma revisão integrativa. Interface. Botucatu, v. 24, supl. 1, e190548, 2020.

SILVA, L. L. T.; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. **Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens:** uma análise compreensiva. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, Minas Gerais, v.04 n. 03, 2015. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/760/0. DOI: http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.760. Acesso em: 19 de setembro de 2021.

SILVA, G. C.; SILVA, R. A. S.; CAVALCANTE NETO, J. L. **Saúde mental e níveis de atividade física em crianças:** uma revisão sistemática. CadBras Ter Ocup. v. 25, n. 3, p. 607- 15, 2017.

SILVA, A.P.S; SOUZA, B.O.R; ANDRADE, E.R. **Enfermagem e psicologia:** parceria na arte do cuidar. Biológicas & Saúde, v. 5, n. 18, 24 nov. 2015. Disponível em: https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/784/630. Acesso em 25 de outubro de 2021.

SIMÕES, R. M. P.; SANTOS, J. C. P., MARTINHO, M. J. C. M. **Characterization of adopted suicidal behavior and its main influencing factors:** a qualitative study with adolescents. Portugal: Archives Of Psychiatric Nursing, 2020.

SISLER, S. M.; Schapiro, N. A.; NAKAISHI, M.; STEINBUCHEL, P. **Suicide assessment and 75 treatment in pediatric primary care settings.** Estados Unidos: J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2020.

SOUZA, V. S. et al. **Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia.** Jornal brasileiro de psiquiatria, v.4, p.295, 2010.

TEIXEIRA, L. A. et al. **Necessidades de saúde mental de adolescentes e os cuidados de enfermagem: revisão integrativa.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, 2020. v. 29, e20180424.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução** à **pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

CAPÍTULO 19

CURAE DE MIM: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Data de aceite: 04/07/2022

Catarina Afonso
PhdIMsNIRN Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na UCC Dr. Arnaldo Sampaio, ACES Pinhal Litoral; Professora Convidada na Escola Superior de Enfermagem de Leiria

António Afonso
MsNIRN Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

João Gomes
MsNIRN Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental; Professor Ajdunto Convidado no Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde; Enfermeiro com funções de chefia no Centro Hospitalar de Leiria, Hospital de Santo André, Leiria, Portugal

RESUMO: **CONTEXTO**: Cuidar de alguém com doença mental está associada a desafios únicos e extremos. As pessoas com doença mental necessitam de cuidados a longo prazo, requerendo dos seus familiares cuidadores uma dedicação e cuidado também a longo prazo. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pode ter um papel determinante no acompanhamento dos familiares cuidadores, na capacitação para o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde mental. **OBJETIVO:** Capacitar os familiares cuidadores de pessoas com doença mental internadas num Serviço de Internamento de psiquiatria de um hospital da região de lisboa e vale do tejo, para o desenvolvimento de estratégias promotoras de redução da sobrecarga na prestação de cuidados, através da aplicação de um programa de intervenção psicoeducativa por via telefónica. **RESULTADOS**: Participaram no programa 10 familiares cuidadores com a concretização de 60 intervenções psicoeducativas. A aplicação do programa teve impacto na sobrecarga, objetivado pela redução do score médio da escala de sobrecarga do familiar cuidador de 44 para 36, bem como na manifestação dos participantes na adoção de estratégias de autocuidado face ao impacto da prestação de cuidados, na relação interpessoal com a pessoa com doença mental, na perceção de autoeficácia e na gestão de expectativas com o cuidar. **CONCLUSÕES:** Acredita-se que este programa será um contributo para a melhoria dos padrões de qualidade no âmbito dos Cuidados em Saúde Mental em contexto hospitalar. Perspetiva-se que possa abrir caminho para futuros trabalhos com cuidadores e que possa facilitar a ligação aos cuidados de saúde primários.

PALAVRAS-CHAVE: Familiares cuidadores; Saúde Mental; Promoção da Saúde; Intervenções de Enfermagem.

CURAE DE MIM: PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM FOR FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

ABSTRACT: **CONTEXT**: Caring for someone with mental illness is associated with unique and extreme challenges. People with mental illness need long-term care, requiring long-term dedication and care from their family caregivers. The Nurse Specialist in Mental Health Nursing

and Psychiatry can play a decisive role in monitoring family caregivers, in training for the development of strategies to promote mental health. **OBJECTIVE**: To train family caregivers of people with mental illness hospitalized in a Psychiatry Inpatient Service of a hospital in the region of Lisbon and Tagus Valley, to develop strategies to reduce the burden in the provision of care, through the application of a telephone psychoeducational intervention program. **RESULTS**: 10 family caregivers participated in the program with the implementation of 60 psychoeducational interventions. The application of the program had an impact on the burden, aimed at reducing the average score of the family caregiver burden scale from 44 to 36, as well as on the participants' manifestation in the adoption of self-care strategies in view of the impact of the provision of care, in the interpersonal relationship with the person with mental illness, in the perception of self-efficacy and in the management of expectations with care. **CONCLUSIONS**: It is believed that this program will contribute to the improvement of quality standards within the scope of Mental Health Care in a hospital context. It is expected that it can pave the way for future work with caregivers and that it can facilitate the connection to primary health care.
KEYWORDS: Family caregiver; Mental Health; Health Promotion; Nursing Care.

CURAE DE MIM: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

RESUMEN: **CONTEXTO:** Cuidar a una persona con enfermedad mental está asociado con desafíos únicos y extremos. Las personas con enfermedades mentales necesitan atención a largo plazo, lo que requiere dedicación y atención a largo plazo por parte de sus cuidadores familiares. La Enfermera Especialista en Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría puede desempeñar un papel decisivo en el seguimiento de los cuidadores familiares, en la formación para el desarrollo de estrategias de promoción de la salud mental. **OBJETIVO:** Formar a los cuidadores familiares de personas con enfermedad mental internadas en un Servicio de Internación de Psiquiatría de un hospital de la región de Lisboa y Valle del Tajo, para desarrollar estrategias de reducción de la carga en la prestación del cuidado, mediante la aplicación de una intervención psicoeducativa telefónica. programa. **RESULTADOS:** 10 cuidadores familiares participaron del programa con la implementación de 60 intervenciones psicoeducativas. La aplicación del programa tuvo impacto en la sobrecarga, con el objetivo de reducir el puntaje promedio de la escala de sobrecarga del cuidador familiar de 44 a 36, así como en la manifestación de los participantes en la adopción de estrategias de autocuidado ante el impacto de la prestación del cuidado, en la relación interpersonal con la persona con enfermedad mental, en la percepción de autoeficacia y en la gestión de expectativas con el cuidado. **CONCLUSIONES:** Se cree que este programa contribuirá a la mejora de los estándares de calidad en el ámbito de la Atención a la Salud Mental en el contexto hospitalario. Se espera que pueda allanar el camino para el trabajo futuro con cuidadores y que pueda facilitar la conexión con la atención primaria de salud.
PALABRAS CLAVE: Familiar cuidador; Salud Mental; Promoción de la Salud**;** Atención de Enfermería.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A doença mental constitui uma situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental (Sequeira & Sampaio, 2020). Os mesmos autores, acrescentam que a doença mental é um "estado de desequilíbrio entre os sistemas biopsicológicos e socioculturais, implicando na pessoa doente, a incapacidade de exercer os seus papeis sociais (familiares, laborais e/ou comunitários)" (Sequeira & Sampaio, 2020, p. 4). Diametralmente, a saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usais eventos da vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e está apta para contributos à sua comunidade (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2014). Esta visão, da dimensão positiva de saúde mental, está presente desde 1948 na definição de saúde da OMS.

A linha que separa a saúde da doença mental nos familiares cuidadores ***é*** alvo da atenção dos enfermeiros, nomeadamente na sobrecarga da prestação de cuidados (Afonso, 2020; Afonso, d'Espiney, Henriques, 2015; Baruah et al, 2021; Ohno et al, 2021; Sadavoy, Sajedinejad, Chiu, 2020; Sequeira, 2009, Shikimoto,2021;). Nas últimas décadas a sobrecarga tem sido foco de atenção dos enfermeiros com ênfase no impacto na saúde e na qualidade de vida do cuidador (Afonso, 2020; Afonso et al, 2015; Sequeira, 2009). A literatura aponta a sobrecarga experienciada pelo cuidador como fator que altera a sua a saúde mental com evidência de sofrimento, baixa autoestima, conflito, fadiga e alterações do sono (Ohno et al, 2021; Shikimoto,2021; Baruah et al, 2021; Sadavoy et al , 2020; Afonso et al, 2020; Afonso et al, 2015; Sequeira, 2009).

Ser familiar cuidador é apoiar, assistir e cuidar de forma não remunerada um parente, parceiro, amigo ou vizinho com uma doença aguda ou crónica, que precisa de assistência para as suas atividades de vida diárias (Sadavoy et al , 2020). Ser familiar cuidador é viver em função de quem cuida, é dirigir toda a atenção, entrega e dedicação, em detrimento das suas atividades diárias e relações sociais, o que reduz a atenção a si próprio, negligenciando a sua saúde (Sadavoy et al, 2020). A vida do familiar cuidador passa a organizar-se em volta do cuidado à pessoa alvo de cuidados, a sua vida altera-se profundamente em função do bem-estar do outro.

A sobrecarga do familiar cuidador é impactante na sua vida e acaba por, de tal como ser normal, que interfere com a sua perceção objetiva de estar sobrecarregado. O termo sobrecarga junta dois termos sobre e carga. Esta junção manifesta o reforço/ excesso de carga, que traduz o termo em inglês "burden". A sobrecarga pode ser objetiva e subjetiva, sendo que a primeira se refere às consequências no familiar cuidador que se concretizam em alterações no quotidiano, na vida doméstica, nas relações familiares e sociais, no lazer, na saúde física e mental (Sequeira, 2009). A sobrecarga subjetiva refere-se à perceção pessoal do familiar cuidador sobre as implicações do cuidar na sua

vida. Deste modo poderá ser possível identificar sobrecarga sem que o familiar cuidador a reconheça (Sequeira, 2010; Sequeira, 2009).

Ora, cuidar de alguém com doença mental está associada a desafios únicos e extremos, na verdade, as pessoas com doença mental necessitam de cuidados a longo prazo, requerendo dos seus familiares cuidadores uma dedicação e cuidado também a longo prazo. A carga e sofrimento psicológico, bem como o risco de limitação de recursos financeiros, pessoais e sociais, têm um peso significativo, aumentando o stress e risco de doença mental para o familiar cuidador (Ohno et al, 2021; Shikimoto,2021; Baruah et al, 2021; Sadavoy et al, 2020; Lazzari, Shoka, Nusair & Rabottini, 2020). Esta vulnerabilidade expressa, face ao contexto pandémico, tem sido agravada com impacto na sua saúde global (Euro Carees, 2021; Sequeira & Sampaio, 2020). Acrescenta-se o aumento da prevalência da doença de mental na comunidade, o crescente número de familiares cuidadores e a falta de políticas de saúde de apoio ao familiar cuidador (Euro Carees, 2021; Sequeira & Sampaio, 2020; Lazzari et al, 2020).

Enquanto profissionais de saúde, cabe aos enfermeiros organizar, coordenar, executar e avaliar intervenções de enfermagem aos vários níveis de prevenção e sendo a enfermagem uma profissão que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem às pessoas, sãs ou doentes, ao longo do ciclo vital, entende-se que o desenvolvimento de programas de intervenção para a adoção de estratégias promotoras de saúde mental para os familiares cuidadores é o caminho a seguir (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Deste modo, deve ser dada prioridade a novas áreas de abordagem como as metodologias de intervenção ativas participativas, de capacitação para a adoção de estratégias promotoras de saúde mental. Alinhado a isto, insere-se a necessidade de intervenções psicoeducativas dirigidas a familiares cuidadores, amplamente evidenciado na literatura (Sequeira & Sampaio, 2020; Cardoso, 2011; Townsend, 2011), com enfoque para familiares cuidadores de pessoas com Doença de Mental (Sequeira & Sampaio, 2020; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2017; Townsend, 2011; McLoughlin & Fitzpatrick, 2008; Lefley, 1996).

Esta inquietação conduziu à identificação da ausência de um programa estruturado para a adoção de estratégias para redução da sobrecarga do familiar cuidador num serviço de internamento de psiquiatria. Na reflexão do problema identificado, verificou-se a ausência de sistemas de informação adequados, de procedimentos de atuação com o familiar cuidador, a redução da intervenção assistencial e a escassez de indicadores que monitorizem a intervenção com e para o familiar cuidador, agravado pela redução da comunicação pelo confinamento, bem como o baixo índice de registo do diagnóstico de sobrecarga do familiar cuidador, por parte dos enfermeiros.

O principal objetivo desta investigação é a aplicação de um programa psicoeducativo concetual e metodologicamente fundamentado, com o propósito de capacitar os familiares cuidadores de pessoas com doença mental internadas num Serviço de Internamento de

psiquiatria de um hospital da região de lisboa e vale do tejo, para o desenvolvimento de estratégias promotoras de redução da sobrecarga na prestação de cuidados, através da aplicação de um programa de intervenção psicoeducativa por via telefónica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação-ação, seguindo a o ciclo de Deming (1986), de um projeto de melhoria contínua. A aplicação do projeto foi precedida pela sua aprovação pela comissão de ética do respetivo Hospital. Foram cumpridos os princípios éticos da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo.

O programa Curae de mim, assenta numa abordagem cognitivo-comportamental, com intervenções psicoeducativas desenvolvidas por via telefónica. É dirigido a familiares cuidadores da pessoa com doença mental grave internada num serviço de internamento psiquiatria, colocando a ênfase na pessoa, enquanto agente ativo da sua aprendizagem e mudança. Os participantes são familiares cuidadores de pessoas com doença mental internadas num Serviço de Internamento de psiquiatria de um hospital da região de lisboa e vale do tejo no período de maio a junho de 2021.. No processo de seleção foram tidos em conta os seguintes critérios de seleção: ter idade igual ou superior a 18 anos; ser familiar cuidador de pessoa com doença mental internada num Serviço de Internamento de Psiquiatria; compreenda e fale português; aceite e tenha disponibilidade para participar no programa. Os critérios de exclusão: ter acompanhamento psicológico e ser portador de doença neurológica e/ou psicológica.

Curae de mim integrou estratégias de gestão de sobrecarga, respondendo às metas do PNSM (2017) e às orientações da OMS (2019), numa lógica hospitalar com foco na prevenção. A intervenção por via telefónica com o familiar cuidador da pessoa internada é uma aposta face não só à redução dos custos na deslocação do familiar cuidador, mas também na amplificação do acesso permitindo que aqueles que têm dificuldade em ausentar-se do trabalho e/ou de casa possam beneficiar da intervenção (Euro Carees, 2021; Cardoso, 2011).

Curae de mim é baseado numa abordagem cognitivo-comportamental com a realização de seis intervenções psicoeducativas individuais, por via telefónica, a cada um dos participantes, com a duração de 60 minutos com uma frequência semanal.

Os conteúdos temáticos que deram corpo ao programa inserem-se nas quatro dimensões da escala de sobrecarga do familiar cuidador (Sequeira, 2009): o *"impacto da prestação de cuidados"*, que representa o impacto dos cuidados diretos do contexto do cuidador; a "*relação interpessoal"* que avalia o impacto interpessoal da relação entre o cuidador a pessoa cuidada; a "*perceção de autoeficácia"* que explana a perceção do cuidador relativamente ao seu desempenho e por fim as "*expectativas com o cuidar"* esta dimensão avalia as expectativas do cuidador em relação à prestação de cuidados.

A avaliação do programa é realizada através da avaliação da escala de sobrecarga do familiar cuidador (Sequeira, 2009), que no Sclinic tem a designação de escala de sobrecarga do prestador de cuidados (ESPC). É esperado que haja uma redução do score inicial, objetivando a redução da sobrecarga. No decorrer do programa é realizada uma avaliação em cada intervenção, recorrendo ao uso de narrativas, refletindo com o familiar cuidador nos sentimentos experienciados e no que identificou de mudança em si próprio.

Foi elaborada uma tabela (Tabela 1) que espelha as intervenções CIPE de forma a facilitar o registo das intervenções realizadas.

Foco da Prática de Enfermagem	Stress do Prestador de Cuidados			
Juízo	Sim/Não			
Diagnóstico de enfermagem	Stress do Prestador de Cuidados (PC): Grau elevado/Garu reduzido			
Intervenções de acordo com as dimensões da ESPC	Intervenções de Enfermagem CIPE	**Título da intervenção**	**Explicitação das Intervenções e Estratégias**	**Ferramentas e Técnicas**
Intervenções de enfermagem **Impacto do Cuidar**	Apoiar o PC no tomar conta	Olhar para a história do cuidar	**Intervenção Psicoeducativa** Apoiar o PC no reconhecimento de ser cuidador	Narrativa; Técnicas de autoconhecimento e autoestima
Intervenções de enfermagem **Relações Interpessoais**	Ensinar sobre emoções (sugerir associar ao Foco); Orientar PC para recursos da comunidade/ grupos de suporte (sugerir associar ao Foco)	Olhar o e para o outro	**Intervenção Psicoeducativa** Analisar com o PC a forma como ele enfrenta as dificuldades Apoiar o PC no estabelecimento de limites Dar a conhecer os recursos de apoio na comunidade	treino de assertividade e autorelaxamento com foco na relação interpessoal e na regulação de emoções; narrativa
Intervenções de enfermagem **Autoeficácia**	Incentivar a comunicação de emoções	Olhar de e para mim	**Intervenção Psicoeducativa** Encorajar o PC a identificar os seus pontos positivos Oferecer apoio às decisões tomadas pelo PC	consciencialização de si próprio com foco na autoeficácia
Intervenções de enfermagem **Expectativas com o cuidar**	Ensinar o PC sobre coping Ensinar o PC sobre adaptação (sugerir associar ao Foco)	Olhar para nós (eu, o outro e o mundo em redor)	**Intervenção Psicoeducativa** Transmitir confiança ao PC para lidar com as situações Elogiar o progresso do PC	construção de um Kit de resiliência com foco nas estratégias de autocuidado para as expectativas face ao cuidar; Narrativa

Reavaliar o stress do PC	Aplicar a escala de sobrecarga do PC	Reflexão da intervenção e impacto no PC (se mantiver stress e/ou risco de stress do PC seguir fluxograma) Caso mantenha sobrecarga articular com Equipa de Visitação Domiciliária

Tabela1- Estrutura do Programa Curae de mim

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de aplicação do programa deram entrada no Serviço de Internamento de Psiquiatria 34 utentes, com uma média de idade é 48 anos (moda 53 anos). Dos 34 utentes 61% tem familiar cuidador, dos quais 95% são do sexo feminino. Relativamente aos cuidadores a idade média é 51 anos (Moda 47 anos), em média os cuidadores cuidam há 5 anos e dedicam, em média, 5h do dia ao cuidar. Dos 21 cuidadores identificados, 10 aceitaram integrar o Programa.

Na análise global das intervenções recorreu-se à análise de dados, tendo sido categorizados de acordo com as informações extraídas a partir das narrativas dos cuidadores. Os dados foram analisados utilizando-se a análise temática como método de pesquisa para identificar temas recorrentes (Braun & Clarke, 2006).

1ª Intervenção

Na aplicação da escala aos 10 cuidadores, foi obtido um score médio de 44 (sobrecarga: grau elevado). Na primeira abordagem os familiares cuidadores partilharam o impacto da doença mental, nomeadamente na relação com a pessoa cuidada “a nossa relação está desgastada, é muito difícil” (PC1) e na dificuldade em gerir o cumprimento do esquema terapêutico “por muito que o tempo passe o pior é que ele tome a medicação” (PC3).

2ª intervenção

Olhar para a história do cuidar: Ser cuidador é saber que preciso de uma bengala

Na consciencialização de ser cuidador, há o reconhecimento da necessidade de ter força, e de manter firmeza no caminho de cuidar. “Percebi hoje que preciso de uma bengala” (PC1). Neste processo de consciencialização a perceção de precisar de uma bengala é o reconhecimento da necessidade de um apoio, apoio esse essencial para que permaneça a força, a força de continuar a cuidar. Nesta intervenção de consciencialização de ser cuidador, os cuidadores referiram a sensação de responsabilidade “estar mais atenta e ter responsabilidade” (PC1), “Eu sou cuidadora e sinto que devo ajudar e sinto mais responsabilidade e fico a pensar se a minha ajuda é suficiente” (PC6). Uma responsabilidade que expressa também uma história prévia “Sinto tanta responsabilidade, mas toda a vida senti isto, como se fosse mãe” (PC9). “Eu interiorizei que ia cuidar dela, e sei que sou responsável por ela, mas é estar com 100 olhos nela” (PC10). “É decidir que sou eu que quero cuidar e não outros, é estar sempre aqui para ela, porque sempre me preocupei mais com ela que ela comigo” (PC3). Os cuidadores reconhecem a sobrecarga, numa sensação

de impotência por não poderem alterar o percurso da doença “Sinto tristeza e dor, porque quero cuidar, mas estou esgotada, e ao mesmo tempo ele não tem ninguém” (PC8). “É saber que eu a trato bem, é sentir-me impotente de não conseguir fazer que ela fique bem” (PC 4). “é estar em paz com a decisão de cuidar, mas ficar esgotada e triste. É sentir-me culpada de não ter paciência” (PC2). “É sentir revolta de toda esta situação, é ter força por ela e por mim” (PC 5). “Eu sou cuidadora porque sei que ele precisa de mim, mas tenho medo de ficar sozinha” (PC7).

3ª intervenção

Olhar o e para o outro: É mais paciência, mais compreensão

Na identificação das emoções e dos sentimentos, a maioria dos cuidadores não fazia a sua distinção. Na exploração da distinção com exemplos práticos: “Estar a nadar e sentir tranquilidade… de repente, aparece um tubarão…” a distinção foi-se clarificando. Na partilha e explicitação da regulação das emoções os cuidadores reconheceram como na relação com o outro as emoções afetam o equilíbrio “É verdade, é difícil, porque depois do internamento ele deixa a medicação e eu perco a paciência (PC1). “É verdade eu acabo por descarregar, e o nosso corpo fala por nós” (PC2). Nesta intervenção foi expresso o impacto da gestão do regime terapêutico na relação com a pessoa cuidada. O cumprimento da terapêutica é um aspeto gerador de stress. Com a abordagem de técnicas de autorelaxamento e mindfullness, todos os cuidadores partilharam a sua utilidade, de modo a melhorar regular as emoções.

4ª intervenção

Olhar de e para mim “É bom reconhecer as minhas capacidades”

Na reflexão das capacidades emergiram como pontos fortes “perspicácia de visualizar com antecedência” (PC1); “ser verdadeira (PC2); “ser cuidadora” (PC3); “Ser empenhada” (PC4); “ser humana, viver de maneira real perante os outros e ser amiga” (PC5); “ultrapassar os problemas” (PC6); “ser boa amiga” (PC7); “ser boa conselheira” (PC8); “ser persistente” (PC9) e “estar pronto a ajudar” (PC10). Com esta intervenção, emergiram momentos de grande descontração com identificação de potencialidades “é tão bom pensar naquilo que somos bons, reconhecer as nossas capacidades” (PC2). Nestas reflexões foram partilhados aspetos pessoas relativos ao desenvolvimento pessoal de cada cuidador “cada vez que conversamos reflito e descubro mais coisas de mim, conheço-me melhor e isso ajuda” (PC2). Ainda nesta intervenção foi feita uma reflexão relativa ao diálogo interno, no modo como o próprio se autoavalia e critica, discutindo estratégias para potenciar a autoeficácia, nomeadamente pelo otimismo e humor.

5ª intervenção

Olhar para nós (eu, o outro e o mundo em redor) “É ter força e coragem”

O imaginar a varinha de condão surgiram muitos pedidos “esperança” (PC1); “paz, amor e paiêcia” (PC2); “não desistir” (PC3); “dar valo à vida (PC4); “ter força e coragem” (PC5); “saúde e mais capacidade para ajudar” (PC6); “ter tempo, capacidade de permanecer

e de dar atenção" (PC7); "saúde, força e bom-humor" (PC8); "mais compreensão e tranquilidade" (PC9); "coragem e persistência" (PC10). O recurso à imagem da varinha de condão criou uma visualização de esperança face ao futuro, refletindo-se na capacidade de resiliência. Seguidamente, foi feita a ponte para a criação do kit de resiliência. Esta proposta consistiu em reunir todas as partilhas realizadas, que muitos foram escrevendo, bem como os pedidos à varinha de condão. A varinha de condão tinha ainda a intenção de conceder o poder de conduzir o desejo, abrindo caminho à ideia de que a força é também interior.

6ª intervenção

Na narrativa dos cuidadores emergiu a gratidão como expressão do efeito do programa. Todos agradeceram muito e reforçaram a importância de serem escutados "foi tão bom ser escutada" (PC4). As ferramentas de gestão de emoções, bem como a construção do kit esperança foram aspetos muito valorizados. O discurso interno, numa perspetiva de promover a resiliência no cuidador, foi ainda valorizado como forma de vencer as dificuldades no cuidar. "falar consigo foi muito importante, acabei por me conhecer melhor e isso vai-me ajudar muito com o meu pai" (PC5). Na avaliação do score médio dos cuidadores que participaram no Programa passou para 36. Sendo que, dos dois cuidadores que tinham sobrecarga elevada passaram para um score de sobrecarga ligeira.

Na avaliação global do programa os participantes manifestaram a adoção de estratégias de autocuidado face ao impacto da prestação de cuidados, na relação interpessoal com a pessoa com doença mental, na perceção de autoeficácia e na gestão de expectativas com o cuidar. "Percebi que tenho de cuidar de mim, encontrar espaço para mim, percebi que isso pode ajudar agora e no futuro" (PC5); "ao longo das nossas conversas fui experimentado aquilo que falámos e percebi que funcionava, a técnica da tartaruga é fantástica" (PC4).

Após a aplicação do Programa, seguindo as etapas do ciclo de Deming (1986) foi ainda construído um fluxograma de atuação, um procedimento de atuação e um folheto dirigido ao cuidador. Foi realizado um momento de partilha com os profissionais de saúde do serviço de psiquiatria, com o objetivo de partilhar a experiência e abrir caminho à manutenção da intervenção, bem como de perspetivas futuras. Foi ainda discutida a possibilidade da identificação de um enfermeiro que ficasse responsável pelo programa e fizesse a ponte com os cuidados de saúde primários.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A Implementação do programa mostrou eficácia na redução da sobrecarga na redução do score, bem como na manifestação de gratidão pelas narrativas dos cuidadores. Com a aplicação do programa os cuidadores desenvolveram estratégias promotoras de saúde mental, nomeadamente de autocuidado. Esta intervenção foi promotora de

processos de resiliência face à sobrecarga na prestação de cuidados, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Além dos benefícios dos participantes, o programa Curae de mim respondeu ao problema identificado previamente no serviço de psiquiatria, da ausência de uma resposta estruturada ao familiar cuidador. Através do fluxograma e do procedimento de atuação foi colmatada a ausência de uma resposta estruturada aos familiares cuidadores. Acrescenta-se que a aplicação por via telefónica permitiu a proximidade com os cuidadores, contrariando o distanciamento provocado pelo contexto pandémico, potenciando a acessibilidade dos familiares cuidadores a uma resposta promotora de saúde mental.

Acredita-se que este programa será um contributo para a melhoria dos padrões de qualidade no âmbito dos Cuidados em Saúde Mental em contexto hospitalar. Perspetiva-se que possa abrir caminho para futuros trabalhos com cuidadores e abrir caminho de ligação aos cuidados de saúde primários. A proposta elaborada prevê ganhos em saúde através de estratégias promotoras de saúde mental. Assim, um passo que se pretende realizar é a proposta efetiva da aplicação noutros contextos hospitalares.

REFERÊNCIAS

Afonso C. (2020) Nursing interventions for family caregivers in home palliative care after the relative's death. Journal of Aging & Innovation, 9 (2): 86- 100
Revisão Integrativa da Literatura. Available from: DOI: 10.36957/jai.2182-696X.v9i2-8

Afonso, C.; d'Espiney, L.; Henriques, A. (2015) Post Caregiver Experience in the Reconstruction of Everyday Life, Journal of Aging & Inovation, 4 (3): 13 – 29 https://www.researchgate.net/publication/337145056_Post_Caregiver_Experience_in_the_Reconstruction_of_Everyday_Life

Baruah, U. et al (2021). Feasibility and preliminary effectiveness of an online training and support program for caregivers of people with dementia in India: a randomized controlled trial. International Journal of Geriatric Psychiatry. Vol:36, 4,April p. 606-617 https://doi.org/10.1002/gps.5502

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3, 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

Deming, W. (1986) - Out of the Crisis - Cambridge University Press, Cambridge.

DGS (2014). Saúde Mental em Números – 2014. Lisboa: DGS.

Euro Carees, (2021) European Comission: Green Paper on Ageing- Fostering solidarity and responsibility between generations. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/1_en_act_part1_v8_0.pdf

Lazzari, C.; Shoka, A.; Nusair, A.; Rabottini, M. (2020). Psychiatry in time of covid-19 pandemic. Psychiatria Danubina. Vol. 32, No. 2, pp 229-235 Doi.org/10.24869/psyd.2020.229

McLoughlin, K.; Fitzpatrick, J. (2008) Self-reports of recovery-oriented practices of mental health nurses in state mental health institutes: development of a measure. Issues Ment Health Nurs Oct;29(10):1051-65. doi: 10.1080/01612840802319738.PMID: 18853346

Ohno, S. et al (2021). Humanistic burden among caregivers of patients with Alzheimer’s disease or dementia in Japan: a large-scale cross-sectional survey. Journal of Medical Economics, 1. https://doi.org/10.1080/13696998.2021.1877149

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem-Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3o-documenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica_ausculta%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Sadavoy, J., Sajedinejad, S., & Chiu, M. (2020). A quasi-experimental study of the effectiveness of the Reitman Centre CARERS group intervention on family caregivers of persons with dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry. https://doi.org/10.1002/gps.5481

Silva, M., Sá, L., & Sousa, L. (2018). Eficácia dos programas psicoeducacionais na sobrecarga nos familiares cuidadores de pessoas com demência: Revisão integrativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (19), 54-60. doi: 10.19131/rpesm.0202

Sampaio, F. M. C. (2011) A psicoeducação e a sobrecarga dos cuidadores informais do idoso com demência: análise baseada na evidência. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 5, 30-36.

Shikimoto, R., et al (2021). Group cognitive behavioural therapy for family caregivers of people with dementia: A single-arm pilot study. Psychogeriatrics, 21(1), 134–136. https://doi.org/10.1111/psyg.12643

Sequeira, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental · June: 33-39 https://www.researchgate.net/publication/274384683

Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções. Edições Técnicas. Lidel

Townsend, M.C. (2011). Enfermagem em Saúde mental e psiquiatria. Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência. Loures. Lusociência.

CAPÍTULO 20

TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Data de aceite: 04/07/2022

Felipe Ferreira da Silva
Acadêmico do 10º do curso de Enfermagem da Faculdade UNIBRAS Faculdade de Goiás Rio Verde Goiás

Iara Maria Pires Perez
Orientadora, enfermeira, especialista em Educação, Políticas de Saúde e Estratégia saúde da família pela UFG. Professora da Faculdade UNIBRAS de Goiás

RESUMO: O trabalho se trata de um estudo acerca de doenças mentais relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, em que foram coletados dados no hospital Santa Mônica na cidade de Itapecerica da Serra – São Paulo. Foram coletados dados de 400 pacientes, no entanto, foram descartados 242 por não conter informações necessárias para o trabalho, restando assim 158 pessoas, nas quais se encontram pacientes de 16 a 69 anos de idade. A maior concentração encontra-se entre as idades de 33 a 44 anos com um total de 49,38%. Em relação às drogas, a grande maioria utilizava mais de uma droga com um total de 77 pacientes, seguido pelo álcool com um total de 31, cocaína com 20 e maconha e crack com um total de 5 pacientes cada. O foco da pesquisa – doença mental relacionada a estas drogas – a doença mental mais frequente foi transtorno mental com uso de drogas (F19) com 38 pacientes ao todo.
PALAVRAS-CHAVE: Substâncias Psicoativas. Transtornos Mentais. Drogas.

MENTAL DISORDERS RELATED TO THE USE OF PSYCHOATIVE SUBSTANCES

ABSTRACT: This work is a study about mental diseases related to the use of psychoactive substances, in which data was collected in the Santa Monica hospital in the city of Itapecerica da Serra - São Paulo. Data was collected from 400 patients; however, 242 were discarded for not containing information necessary for the work, leaving 158 people, in which there are patients from 16 to 69 years of age. The highest concentration is between the ages of 33 to 44 years with a total of 49.38%. In relation to drugs, the vast majority used more than one drug with a total of 77 patients, followed by alcohol with a total of 31, cocaine with 20 and marijuana and crack with a total of 5 patients each. The focus of the research, mental illness related to these drugs, the most frequent mental illness was mental disorder with drug use (F19) with 38 patients in total.
KEYWORDS: Psychoactive Substances. Mental Disorders. Drugs.

1 I INTRODUÇÃO

Sabe-se que no ano de 2020 o mundo entrou em uma pandemia por causa do coronavírus (Covid-19) e isso afetou de forma negativa várias pessoas no mundo todo. A Covid-19 acabou tirando tudo de algumas pessoas: familiares, empregos que por conta do *lockdown* não conseguiram manter, e com isso, passaram dificuldade e acabaram utilizando

alguma substância psicoativa como escape dessa realidade conturbada.

E como consequência essas pessoas adquiriram doenças mentais relacionadas ao uso abusivo de drogas, ou até mesmo já possuíam algum transtorno que acabou gerando um vício em uma certa substância. Isso as levou a procurar hospitais psiquiátricos para reabilitação em busca de ajuda para tratar seu vício ou distúrbios mentais e comportamentais.

As informações contidas nesse artigo foram coletadas em um hospital psiquiátrico e contém os dados de internação no ano de 2020 referido aos problemas mentais relacionados ao uso de substância psicoativas. Durante esse período foram internados 400 pacientes que utilizavam algum tipo de droga.

É de conhecimento de todos que o uso de drogas é um problema bastante grave que atinge uma boa parte da população brasileira, mas faz-se necessário compreender qual a doença mental mais presente que leva o cidadão ao uso ou que foi adquirida com o uso de uma droga específica ou múltiplas drogas. Sendo assim, neste trabalho busca-se compreender: qual a doença mental que mais está presente nestes pacientes?

Em primeiro lugar identificamos qual a doença mental que mais está presente, logo após, identificamos qual a maior faixa etária atingida, e por fim, identificamos qual a droga mais utilizada dentre estes 400 pacientes citados.

Após identificarmos os objetivos, os relacionamos e tentamos traçar um modo de ajudar pessoas com esse problema, tanto como ajuda nos hospitais como no dia a dia, para que essas pessoas possam ter uma vida melhor e mais saudável sem esses vícios e doenças.

O artigo tem como objetivo analisar dados para poder entender mais sobre qual a substância os pacientes mais utilizam e a qual transtorno mental está mais ligado, e entender o que é esse distúrbio e como ajudar pacientes com estes problemas.

2 | METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido mediante pesquisa documental complementada com a pesquisa bibliográfica. A pesquisa documental iniciou-se em julho de 2020, após a definição do tema. Foi feita uma ligação para o Hospital Santa Mônica, pedindo informações relacionadas ao número de internamentos no ano de 2020, os quais são relacionados a problemas mentais com uso de substâncias psicoativas, durante este período.

Os critérios foram: internações no ano de 2020 relacionados a problemas mentais pertinentes ao uso de substâncias psicoativas, em que foram encontrados 400 pacientes internados; logo após esse levantamento, deixamos apenas os que se encaixavam no perfil desta pesquisa, durante este período.

A partir do material obtido, foi feito um levantamento dos dados para subtrair os números de cada categoria, sendo elas: sexo, idade, qual doença mental o paciente apresentava e qual droga ele utilizava.

Logo após a obtenção dos dados, foi feita uma organização dos números contidos na coleta, para a fabricação dos gráficos e tabelas, seguindo todas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, e deste modo chegar a uma resposta para os problemas levantados e uma solução para tal problema.

3 | REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Paula et al. (2014) aponta que é necessário discutir sobre a assistência ao usuário de drogas na Atenção Primária à Saúde, em razão dos agravos biopsicossociais subsequentes da utilização de substâncias psicoativas. Analisando as políticas de saúde no Brasil, podemos ver que tanto os usuários quanto seus familiares, possuem o direito de acessar os serviços de saúde – tais direitos são informados através do princípio da universalidade que é proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um direito que deve ser garantido para todos os níveis de atenção, e não apenas para os serviços especializados.

3.1 O que é um transtorno mental?

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria:

> Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 64).

Para Teixeira (2018) o vínculo entre uso de drogas e transtornos mentais é bem acertado, porém não é de fácil reconhecimento, já que uma pessoa pode buscar saída em drogas por causa do surgimento destes transtornos, o que inicia um vício. Mas pode ser o contrário, sendo o vício que desencadeia um problema psiquiátrico.

Segundo Cândido et al. (2012) nota-se que na história do transtorno mental, as pessoas de maior relevância na sociedade denominavam estas pessoas como “loucos” ou “loucura”. Estes pacientes eram mantidos amarrados e deixados sozinhos em celas, pois diziam que eram perigosos, doentes, entre outros. Acreditava-se que deixá-los sozinhos era a melhor opção já que esta ação sozinha já tinha um poder de cura.

3.1.1 Transtorno por uso de Substâncias Psicoativas

Segundo Khan (2020) o transtorno por uso de substância é um distúrbio que apresenta um padrão patológico em usuários que permanecem utilizando alguma substância. Mesmo que apresentem um certo problema relacionado a esse uso, mas também podem existir outras manifestações como fisiológicas, incluindo até alterações no circuito cerebral.

Segundo o Ministério da Saúde (2022), a dependência química e o uso abusivo de

drogas é um problema que envolve todo o mundo e não apenas o Brasil. No ano de 2021 foi registrado um total de 400,3 mil atendimentos relacionados a pessoas com transtornos mentais recorrentes de substâncias, dados que foram levantados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tais dados apontam um crescimento de 12% relacionado ao ano de 2020, que teve um total de 356 mil registros.

3.2 Dependência química

A dependência química é um transtorno psiquiátrico crônico, representado por sintomas constantes do comportamento, com vários resultados negativos sociais, psicológicos e para a saúde. As substâncias psicoativas não apresentam apenas uma chance de causar o transtorno, já que ela não irá fazer isso sozinha e sim acompanhado por motivos de fragilidade individual (CHAIM; BANDEIRA e ANDRADE, 2015).

Para Alves, Kessler e Ratto (2004) um transtorno referente ao uso de álcool convive com outro distúrbio psiquiátrico, já que pequenas doses podem conceber resultados mais graves que em pacientes sem tal transtorno. Pacientes com comorbidades tendem a ter mais dificuldades por vários motivos, especialmente os que possuem um transtorno grave, já que eles apresentam serem mais agressivos, terem recaídas, re-internações, entre outros problemas.

4 | ANÁLISE DE DADOS

Constatou-se que no ano de 2020 foram internados 400 pacientes relacionados ao tema; deste total, 242 foram descartados por não conter informações necessárias para o estudo presente, sobrando assim 158 pacientes, sendo 115 do sexo masculino e 43 do sexo feminino.

Comparado com o trabalho “Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico” de Fernandes et al. (2017), podemos ver um padrão no qual o sexo masculino possui mais pacientes que o sexo feminino. No trabalho em questão foram analisadas 125 pessoas que se encaixavam no tema, no qual foi constatado que havia 108 homens e 17 mulheres. Analisando um pouco mais podemos observar que as múltiplas drogas também são maioria, com um total de 64,80%, seguido por álcool com 29,60%.

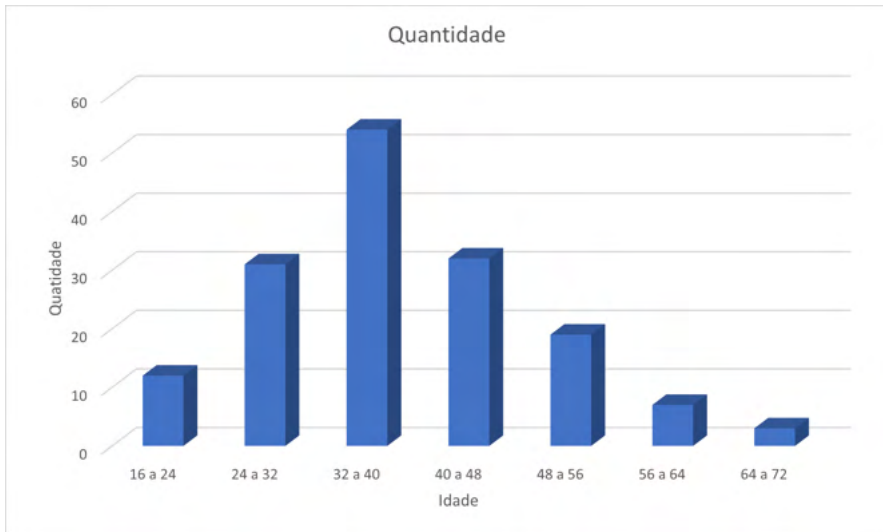



Gráfico 1 – Levantamento da idade dos pacientes

Fonte: Produzido pelo autor

Neste gráfico pode-se perceber que os pacientes têm idade entre 16 e 72 anos, com a grande maioria localizada entre 32 e 40 anos de idade.

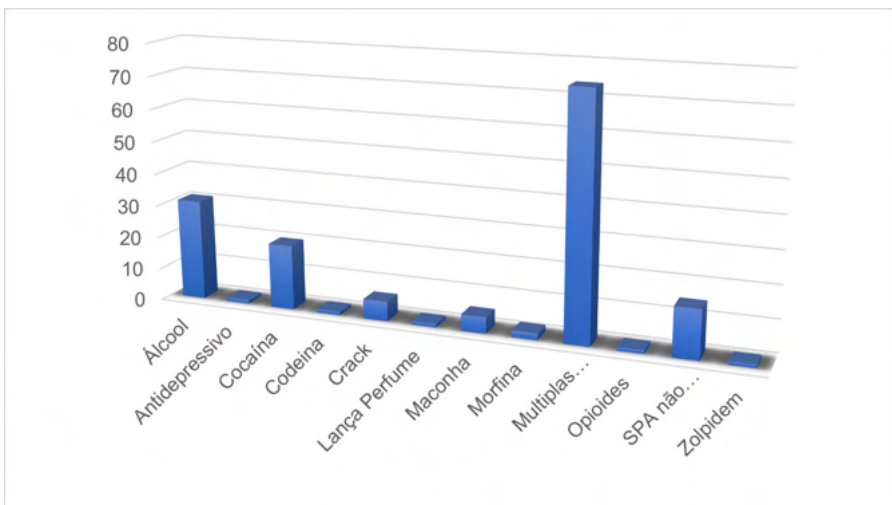



Gráfico 2- Drogas utilizadas e número de usuários

Fonte: Produzido pelo autor

O maior número dos pacientes utiliza mais de uma droga, seguido de álcool e usuários de cocaína. Outros tipos de drogas são pouco utilizados, mas isso não deixa de

ser um problema.

Transtorno Mental	Quantidade
Trans. mentais comportamentais devido ao uso de álcool	14
Síndrome de dependência – Álcool	8
Outros trans. devido ao uso de álcool	4
Trans. mental e comportamental devido ao uso da cocaína	11
Síndrome de dependência – Cocaína	14
Trans. Psicótico devido ao uso de cocaína	2
Esquizofrenia	4
Transtorno de personalidade	12
Transtorno psicótico	1
Ansiedade generalizada	3
Episódio depressivo grave	6
Psicose não orgânica	3
Síndrome da dependência Álcool	8
Trans. Específicos da personalidade	5
Trans. Depressivo recorrente	7
Transtorno afetivo bipolar	5
Síndrome de dependência Cocaína	14
Síndrome de dependência Múltiplas	7
Trans. mental c/ uso de drogas	29
Transtorno do pânico	1

Tabela 1 – Transtornos mais presentes

Fonte: Produzido pelo autor

Nestes dados, mostrados através da Tabela 1 foi possível identificar que a doença mais frequente é o Transtorno Mental com uso de drogas (F19) com 38 pacientes ao todo; seguido por Transtornos Mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F10) com 19 pacientes; Transtorno de personalidade (F603) contém 12 pacientes; ansiedade generalizada (F411) contém apenas 3 e Transtorno Depressivo recorrente (F33) com 7 pacientes.

Também comparado com o estudo “Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico” de Fernandes et al. (2017) podemos observar que o transtorno mais presente não é o mesmo. No estudo citado a doença mais

presente é Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas – transtorno psicótico com um total de 53 pacientes (42,40%). Com isso notamos que não há um padrão entre estas doenças, podendo ser qualquer uma a levar até uma possível internação de um paciente.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, analisamos as informações cedidas pelo hospital Santa Mônica, situado em Itapecerica da Serra, no estado de São Paulo, sobre quais eram os problemas mentais mais frequentes entre os usuários de substâncias psicoativas e quais drogas estavam relacionadas com estas doenças. Para analisar doenças mentais que provavelmente levarão ao uso de drogas, definimos dois objetivos em que o primeiro foi analisar a principal doença mental relacionada a estes 158 pacientes.

Através dos dados pudemos identificar qual a maior faixa etária atingida e que a maior concentração está entre 33 e 44 anos, com 49,38% dos pacientes, e alguns picos nas idades de 25 anos com um total de 9 internados e com 53 anos também com um total de 9 internados; outras idades mantém uma média de 2 a 4 pacientes. Também foi analisada qual a maior droga utilizada e o maior número de pacientes que utiliza mais de uma droga com um total de 77 usuários; seguido por álcool com 31; cocaína com 20; SPA com 15 pacientes; maconha e crack ambos com apenas 5 pacientes e outras drogas também com 5 pacientes, totalizando os 158 pacientes.

No início do trabalho a hipótese era de que a doença que mais se repete entre os pacientes era a depressão, mas ao longo do trabalho foi mostrado que esta hipótese não se estabeleceu, e que na verdade a mais constante são os Transtornos Mentais por uso de drogas (F19).

Isso nos faz entender a importância de políticas públicas no contexto da prevenção do uso de drogas e dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), bem como de toda Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

REFERÊNCIAS

ALVES, V. Modelos de Atenção à Saúde de Usuários de Álcool e outras drogas; Discursos Políticos, saberes e Práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2309-2319, 2009.

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.,** v. 26, p. 51-53, 2014. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/rbp/a/c7ZsnNQ3Ds6GtVHKCQyDyHB/?lang=pt> Acesso em: 19 abr. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

CANDIDO, M. R. et al. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. **SMAD**, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 110-117, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000300002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 19 abr. 2022.

CHAIM, C. H.; BANDEIRA, K. B. P.; ANDRADE, A. G. de. Fisiopatologia da dependência química. **Revista de Medicina**, *[S. l.]*, v. 94, n. 4, p. 256-262, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/108771>. Acesso em: 13 abr. 2022.

FERNANDES, M. A. et al. Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. **SMAD**, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), v.13, n. 2, p. 64-70. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2022.

KHAN, M. **Transtornos por uso de substâncias**. 2020. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-relacionados-ao-uso-de-subst%C3%A2ncias/transtornos-por-uso-de-subst%C3%A2ncias>. Acesso em: 01 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Governo federal. **Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12% no SUS**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/atendimento-a-pessoas-com-transtornos-mentais-por-uso-de-alcool-e-drogas-aumenta-11-no-sus> Acesso em: 08 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Governo federal. **Realidade imposta pela pandemia pode gerar transtornos mentais e agravar quadros existentes**. 2021. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/outubro/realidade-imposta-pela-pandemia-pode-gerar-transtornos-mentais-e-agravar-quadros-existentes#:~:text=Na%20pr%C3%A1tica%2C%20a%20pandemia%20acabou,a%20busca%20por%20tratamento%20aumentou. >. Acesso em: 08 abr. 2022.

PAULA, M. L. de; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; ALBUQUERQUE, R. A. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, abr./jun. 2014. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/pe/a/ZgnD6nLYNN5zy9JRGz7XsPz/?lang=pt> Acesso em: 10 abr. 2022.

TEIXEIRA, M. 5 Transtornos psiquiátricos causados pelo uso de drogas. 2019. Disponível em: <http://dramichelleteixeira.com.br/transtornos-e-uso-de-drogas/> Acesso em: 19 abr. 2022.

CAPÍTULO 21

AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO AJUSTAMENTO MENTAL DA PESSOA COM ÚLCERA CRÓNICA NOS MEMBROS INFERIORES

Data de aceite: 04/07/2022
Data de submissão: 21/04/2022

Sandra Maria Sousa Silva Marques
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Águeda II – Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga
Águeda, Portugal
ORCID: 0000-0002-4054-4251

Luciana Isabel dos Santos Correia
Unidade de Saúde Familiar Águeda + Saúde – Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga
Águeda, Portugal
ORCID: 0000-0002-2424-5104

Adília Maria Pires da Silva Fernandes
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB)
Bragança, Portugal
ORCID: 0000-0003-1658-4509

João Filipe Fernandes Lindo Simões
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e Instituto de Biomedicina de Aveiro (iBiMED)
Aveiro, Portugal
ORCID: 0000-0002-4989-2252

RESUMO: O desenvolvimento de uma úlcera crónica nos membros inferiores vai influenciar a estabilidade da pessoa e, por conseguinte, a saúde da própria família, exigindo para os mesmos a aquisição de estratégias de *coping* eficazes de modo a minimizar o impacto das suas repercussões, com vista ao equilíbrio. Atendendo à cronicidade da úlcera, o papel do enfermeiro é fulcral para facilitar a adaptação às mudanças daí decorrentes e para fornecer recursos e estratégias capazes de concorrer para a melhoria do bem-estar da pessoa e sua família. Após o surgimento de uma úlcera nos membros inferiores, a pessoa e sua família, perante as alterações e os efeitos negativos no seu dia-a-dia, procuram novas maneiras de lidar com as limitações inerentes e reorganizar a sua vida. Estas pessoas precisam de um ajustamento mental à doença, sendo este uma resposta a uma mudança no ambiente que permite que se adapte adequadamente à transformação em vários domínios da vida. O enfermeiro de família, deverá desenvolver competências na pessoa/família, para que esta se sinta segura e não apenas dotá-la de informação, isto é, treinar as habilidades adequadas à situação e identificar as necessidades para promover o seu papel proativo na adoção de comportamentos de mudança que facilitem ou auxiliem estas transições e, consequentemente, concorram para o ajustamento mental do indivíduo.
PALAVRAS-CHAVE: Ajustamento Mental, Enfermagem, Úlcera da Perna, Úlcera de Pé.

FAMILY NURSE INTERVENTIONS ON THE MENTAL ADJUSTMENT OF THE PATIENT WITH CHRONIC ULCER IN THE LOWER LIMBS

ABSTRACT: The development of a chronic ulcer in the lower limbs will influence the patient's stability and, therefore, the family health itself, requiring them to obtain effective coping

strategies to minimize the impact of its repercussions. Given the chronicity of the ulcer, the nurse's role is crucial to facilitate adaptation to the resulting changes, providing resources and strategies capable of contributing to the patient's improvement and their family's well-being. After the appearance of an ulcer in the lower limbs, the patient, and their family, faced with the changes and harmful effects in their daily lives, look for new ways to deal with the inherent limitations and reorganize their lives. These patients need a mental adjustment to the disease, which is a response to a change in the environment that allows them to adapt correctly to the transformation in various domains of life. The family nurse should teach and develop the patient/family skills to make them feel safe and not just provide them with information. In other words, train the appropriate skills for the situation and identify the needs to promote their proactive role in adopting change behaviours that facilitate or help these transitions and, consequently, contribute to the individual's mental adjustment.
KEYWORDS: Mental Adjustment, Nursing, Leg Ulcer, Foot Ulcer.

1 I INTRODUÇÃO

As úlceras crónicas dos membros inferiores (UCMI) definem-se como uma ferida que não cicatriza num período de 6 semanas, apesar do tratamento adequado (LANGER, 2014). Uma miríade de fatores pode levar ao atraso da cicatrização das feridas tais como: doenças crónicas, insuficiência vascular, diabetes, deficiências neurológicas, deficiências nutricionais, idade e fatores locais (pressão, infeção e edema) (KAHLE et al., 2011).

As pessoas portadoras de úlcera vão descobrir e sentir uma multiplicidade de emoções e exigir uma adaptação, através do ajustamento, de estilos de vida, de novos comportamentos que, em conjunto com o conhecimento sobre a sua lesão, o tratamento e a integração social, concorrerão para o seu bem-estar físico, mental e social (GUEST et al., 2018; WELLER et al., 2021). Alcançar o bem-estar torna-se uma luta diária e sentimentos como a esperança e o desespero estão presentes e oscilam durante o dia devido ao processo de cicatrização prolongado e à dor associada.

Atendendo à cronicidade da lesão, o papel do enfermeiro é fulcral para facilitar o ajustamento mental às limitações e às mudanças daí decorrentes e para fornecer recursos e estratégias capazes de concorrer para a melhoria do seu bem-estar (BERNATCHEZ et al., 2022; WELLER, et al., 2021). Destaca-se, a importância da educação das pessoas, do apoio psicológico e físico, que têm um impacto efetivo na qualidade de vida da qual depende a complexa e adequada adesão ao tratamento, com o intuito de reduzir o tempo de cicatrização e prevenir recidivas (REIS et al., 2013). Como referem FINLAYSON et al. (2010) as pessoas informadas têm maior probabilidade de cooperar com os regimes de tratamento, demonstrando uma melhor gestão dos seus problemas.

Considerando esta realidade, de seguida serão abordados os principais conceitos relacionados com a úlcera crónica nos membros inferiores, assim como os principais dados epidemiológicos. De seguida, também se apresenta uma abordagem do impacto destas

lesões na pessoa e na sua família e as respetivas intervenções do enfermeiro de família.

2 | A PESSOA COM ÚLCERA CRÓNICA NOS MEMBROS INFERIORES

No que diz respeito às úlceras, o termo "crónico" é utilizado quando se consegue antever um processo de cicatrização comprometido, normalmente devido à presença de outras patologias, tais como a diabetes, a doença vascular ou presença de malignidade (WHITE, 2006). As úlceras crónicas dos membros inferiores definem-se como uma úlcera que não cicatriza num período de 6 semanas, apesar do tratamento adequado (BISTREANU & TEODORESCU, 2009). KIRKETERP-MOLLER, ZULKOWSKI & JAMES (2011), classificam também, úlcera crónica como uma interrupção na pele, de longa duração, superior a 3 meses.

Para AFONSO, et al. (2013), o que confere a cronicidade às úlceras de perna é o elevado tempo de cicatrização que requerem e a frequência elevada de recidivas. A esse respeito, BRIGGS e CLOSS (2003), referem que os dados epidemiológicos evidenciam que a média de duração das úlceras é de 6 meses a 1 ano em cerca de 0,11% a 0,18% da população e que 1% a 2% sofrem de recidivas. Por esse motivo, retratam um problema grave de saúde pública, devido, essencialmente, ao elevado impacto socioeconómico no indivíduo, família e sociedade (AFONSO, et al., 2013). Relativamente à sua elevada frequência de recidivas EBBESKOG E EKMAN (2001) referem que, na literatura, as úlceras de perna são interpretadas como: *a forever healing experience*, em que 45% dos seus portadores têm recidivas, sendo que em 35% dos casos têm quatro ou mais episódios de recidiva (VAN HECKE, GRYPDONCK & DEFLOOR, 2009).

A prevalência de úlcera vascular nos EUA é estimada em 500 000 a 600 000, pensando-se que poderá aumentar com a idade (RAHMAN, ADIGUN & FADEYI, 2010). Segundo a *Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers* (2011), em 2003, estimava-se que 0,1 a 1,1% da população mundial era portadora de úlceras de perna. Estas têm sido alvo de muitos estudos e constata-se que é um problema de saúde comum, atingindo 0,6-3% das pessoas com idade superior a 60 anos e aumenta para valores superiores a 5% nos indivíduos com idade superior a 80 anos (RAYNER, KEATON, CARVILLE, SANTAMARIA & PRENTICE, 2009). Nos Estados Unidos, as úlceras crónicas afetam 2,4 a 4,5 milhões de pessoas, sendo que as UCMI ocorrem predominantemente em adultos com doença vascular ou diabetes e estão relacionadas com a insuficiência venosa crónica, doença arterial, pressão prolongada ou à neuropatia. As úlceras têm uma duração média de 12 a 13 meses, recorrem em até 60% a 70% dos pacientes, podendo levar à perda de função e, por conseguinte, à diminuição da qualidade da vida (FRYKBERG & BANKS, 2015).

Em Portugal, através do trabalho de investigação realizado em Lisboa, por PINA, FURTADO, FRANKS e MOFFATT (2004), demonstrou-se que a taxa de prevalência das

ulceras crónicas, num total de 263 doentes numa população de 186 000, foi de 1,41 por 1000 habitantes. A prevalência era semelhante no sexo masculino (1,3/1000) e feminino (1,46/1000). Nos doentes com idade superior a 80 anos, a taxa de prevalência para o sexo masculino e feminino, foi de 6,5 e 4,9/1000, respetivamente. Segundo os mesmos autores, se os resultados obtidos fossem inferidos à população total portuguesa, cerca de 14 000 indivíduos possuiriam úlcera ativa e cerca de 42 000 apresentariam lesão cicatrizada. No estudo efetuado por AFONSO, et al. (2013), a população estudada apresentou uma média de idade de 69 anos, notando-se uma maior prevalência de úlcera com a idade, que é de 1-2% na população global, aumentando para 3 a 5% na população com idade superior a 65 anos, a idade média dos doentes foi 69,16 anos, verificando-se uma ligeira prevalência do sexo masculino (56%). No estudo de GARCIA, et al. (2007) a média de idades situava-se entre os 31 e os 90 anos com uma média de idades de 64 anos, constatando-se, também, um predomínio na faixa etária compreendida entre os 60 e os 90 anos, sendo que a população era maioritariamente constituída por mulheres (56%).

O conhecimento da realidade desta doença e das necessidades dos seus portadores permitem a elaboração de estratégias de intervenção de modo a poder melhorar a prestação de cuidados aos doentes com úlceras de perna no sentido de reduzir o tempo de cicatrização, prevenir a reincidência e promover a racionalização de recursos da saúde e melhoria da qualidade de vida (AFONSO, et al., 2013). De acordo com PAGGIARO, NETO e FERREIRA (2010), o tratamento das úlceras crónicas é considerado um desafio para os especialistas, pois envolve uma miríade de fatores tais como os locais e os sistêmicos; estes influenciam o processo de cicatrização, sendo que o controle dos fatores sistémicos (presença de diabetes, a dor, consumos tabágicos, abuso de álcool e drogas), quando corretamente controlados, favorecem a cicatrização e diminuem as complicações, logo cada um destes fatores deve ser avaliado. WHITE (2006), ainda relativamente ao mesmo, acrescenta, que os fatores psicossociais, a falta de informação/conhecimento, a comunicação deficiente com os profissionais de saúde e baixos níveis de educação, também desempenham um papel igualmente importante no processo de cicatrização. Na mesma linha de pensamento, TROTT (2009) refere que uma das causa que também pode influenciar um atraso na cicatrização é um tratamento não adaptado à doença de base, podendo isso mesmo levar a danos ao utente, tornando-se, assim, premente proceder à caracterização não só sociodemográfica, mas também clínica dos participantes.

Os tipos mais comuns de úlceras crónicas dos membros inferiores são descritos pela sua etiologia, nomeadamente: vasculares (por exemplo arterial, venosa ou úlceras mistas), úlceras de pressão e neuropáticas (por exemplo, úlceras diabéticas) (AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS, 2007; BARANOSKI & AYELO, 2006).

3 I IMPACTO DA ÚLCERA CRÓNICA NOS MEMBROS INFERIORES NA PESSOA E SUA FAMÍLIA

As úlceras nos membros inferiores sempre constituíram um problema de saúde causador de sofrimento e incapacidade e representam, portanto, um grave problema de saúde pública. Afetam pessoas no mundo inteiro, consumindo uma fatia considerável dos recursos de cuidados de saúde (RICHMOND, MADERAL & VIVAS, 2013).

SALOMÉ (2010) refere que os indivíduos portadores de úlceras crónicas ficam mais vulneráveis a diversas situações, tais como desemprego, abandono e até mesmo isolamento social, com efeitos indesejáveis para os seus projetos de vida. De facto, conviver com qualquer tipo de lesão interfere tanto nas relações sociais, como no ambiente de trabalho e até mesmo no convívio familiar (SALOMÉ, 2010). Por seu lado, LUCAS, et al., (2008) referem que, muitas vezes, uma úlcera pode não ser apenas uma lesão física, mas algo que dói sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais; como tal, fragiliza e incapacita o ser humano na realização de diversas atividades, como a sua atividade profissional, acarretando, assim, uma série de mudanças, tanto na sua vida pessoal como, também, na dos seus familiares.

As pessoas que vivem com uma úlcera vão descobrir e sentir uma ampla gama de emoções e ter que se adaptar através do ajustamento de estilos de vida, de novos comportamentos que, em conjunto com o conhecimento científico e prático sobre a sua doença, o tratamento e a integração social, concorrerão para o seu bem-estar físico, mental e social (COSTA, et al., 2011). Neste âmbito, através do estudo realizado por EBBESKOG e EKMAN (2001), foi possível identificar diferentes áreas problemáticas no que respeita a ter uma úlcera crónica, nomeadamente as emocionais e as limitações na atividade diária: alcançar o bem-estar torna-se uma luta diária; sentimentos como a esperança e o desespero estão presentes e oscilam durante o dia devido ao processo de cicatrização prolongado e à dor associada. Relativamente à área emocional, COSTA, et al. (2011) e SARAIVA, et al. (2013) acrescentam que o humor, a autoestima, a imagem de si e a diminuição da qualidade de vida conduzem à interação social medíocre e ao isolamento social e familiar. FINLAYSON, EDWARDS e COURTNEY, (2010) referem que a presença de odor, exsudato, mobilidade reduzida, falta de sono (associado à presença de dor) e aumento da frequência de troca dos pensos são fatores que, muitas vezes, interrelacionados, concorrem, também eles, para a produção de um efeito negativo na qualidade de vida dos portadores de úlceras. Acrescenta-se, ao exposto que, o facto de muitas destas úlceras demorarem muito tempo a cicatrizar e todas as complicações inerentes, podem levar à perda de independência, ocasionando, por vezes, ansiedade e depressão (YAMADA & SANTOS, 2005).

O exsudado intenso e o odor associados às úlceras adotam tanto uma importância como uma influência extrema na vida dos seus portadores, acarretando implicações várias que vão desde o domínio psicológico dos indivíduos, à interferência no modo como a

pessoa se vê e avalia a si própria, até à forma como influencia o seu relacionamento com os outros, podendo condicionar o normal desempenho de papéis sociais desse indivíduo. O impacto do exsudado e do odor emanado a partir de uma úlcera de perna pode ser emocional e psicologicamente devastador (SOUSA, 2009).

Tendo em conta as implicações das úlceras crónicas já mencionadas e a cronicidade destas lesões, importa que, tanto a pessoa com UCMI como a sua família/pessoas significativas, sejam envolvidas no processo de tratamento, conhecendo o processo de saúde/doença e, assim, possam desenvolver mecanismos/recursos para a adaptação a esta nova condição, por forma a prevenir complicações e/ou agravamento da situação (FONSECA, et al., 2012). Para isso, torna-se imperiosa a obtenção de novas habilidades, incluindo revisão de valores, aquisição de novos conhecimentos, tanto científicos como práticos, relativos à úlcera, adaptação ao tratamento, além do encarar da sociedade (COSTA, et al., 2011). Destacando-se, desta forma a importância da educação dos indivíduos, do apoio psicológico e físico, que têm um impacto efetivo na qualidade de vida da qual depende a complexa e adequada adesão ao tratamento, com o intuito de reduzir o tempo de cicatrização e prevenir recidivas (BISTREANU & TEODORESCU, 2009). Como referem OERMANN, HARRIS e DAMMEYER (2001) os indivíduos informados têm maior probabilidade de cooperar com os regimes de tratamento, demonstrando uma melhor gestão dos seus problemas.

4 | A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO AJUSTAMENTO MENTAL DAS PESSOAS COM ÚLCERA CRÓNICA NOS MEMBROS INFERIORES

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, na maioria das vezes, ao prestar cuidados à pessoa com uma úlcera, esquecem-se que esta úlcera pode estar a interferir na sua qualidade de vida, na sua autoestima e, por conseguinte, ter impacto na sua dimensão emocional (LUCAS, et al., 2008). Assim sendo, quando se prestam cuidados de enfermagem a pessoas com úlceras, independentemente da sua etiologia, é importante fazer uma abordagem holística, tendo não só em conta os cuidados físicos mas, também, os cuidados psicológicos e espirituais, uma vez que estes estão inextricavelmente interligados (DEALEY, 2006). De facto, o emergir de uma situação de saúde/doença, quer na pessoa, quer na família, afeta a sua estabilidade e, consequentemente, a saúde da própria família sendo esta confrontada com a necessidade de encontrar estratégias de coping eficazes de forma a minimizar as repercussões causadas, tendendo, assim, novamente para o equilíbrio (PEIXOTO & SANTOS, 2009).

Neste contexto, para GREER, MOOREY e WATSON (1989) o ajustamento mental pode ser definido como uma resposta cognitiva e comportamental dada pelo indivíduo perante um diagnóstico de doença crónica, ou seja, a forma como os utentes percebem as repercussões e as reações da doença crónica, o que pensam e como agem com o intuito

de reduzir a ameaça transmitida pela mesma. PAIS-RIBEIRO, et al. (n.d.) acrescentam que são determinantes no ajustamento, os processos de motivação, emoção, cognição, e os processos de transação com o meio. RIDDER, GEENEN, KUIJER e VAN MIDDENDORP (2008) também definem ajustamento mental como uma resposta a uma mudança no ambiente, permitindo que ocorra uma adaptação a essa mesma mudança. Os mesmos ainda relatam que, a adaptação tem sido classificada como uma boa qualidade de vida, bem-estar subjetivo, vitalidade, afeto positivo, satisfação com a vida e autoestima global. DEKKER e DE GROOT (2016) acrescentam, ainda, que se referem a processos e não a resultados, querendo isto dizer que, as respostas psicológicas às doenças crónicas podem ser benéficas, contribuindo para a boa saúde ou podem ser prejudiciais, levando a problemas de saúde. A este respeito, LAZARUS e FOLKMAN (1984) defendem que o ajustamento a uma situação de stress é influenciado pelas características da situação juntamente com atributos do indivíduo/família, a avaliação cognitiva pessoal da situação e as estratégias de coping que o indivíduo usa para lidar com a situação.

Sendo o impacto da UCMI, potencial gerador de stresse, tanto na pessoa como na família, torna necessário que ambos desenvolvam mecanismos de adaptação a essa mesma condição e ao seu tratamento como explicam SILVEIRA e RIBEIRO (2004 p. 93) "…inclui-se no tratamento um item significativo, de relevância para o sucesso do cuidado e que representa um desafio para ambos – profissionais e pacientes – pelo intrincado de variáveis que traz em si, que é a adesão ao tratamento". O enfermeiro surge, assim, como um importante agente facilitador da adaptação da pessoa à sua condição de saúde, visto ter uma relação de maior proximidade com a pessoa.

No âmbito das doenças crónicas e da adesão a tratamentos de longa duração, é importante a pessoa concordar com as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros ou outros técnicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Para isso, também concorre a satisfação da pessoa com o desempenho do enfermeiro, quando este manifesta disponibilidade, fornece informação sobre a lesão e envolve a família no processo de tratamento, evidência interesse na relação terapêutica (SOUSA, PEIXOTO & MARTINS, 2008). Como consequência do estabelecimento desta relação terapêutica e à medida que o indivíduo /família adquirem mais conhecimentos, estes vão reconhecendo as vantagens da adesão ao regime terapêutico e, assim, envolvem-se mais no processo de tratamento, sendo que o enfermeiro deve respeitar a individualidade de cada indivíduo / família (HENRIQUES, 2011). Deverá, ainda, ter em conta, a vontade da pessoa em participar e colaborar com o seu tratamento (GUSMÃO & MION, 2006).

Para FONSECA, et al. (2012), outros fatores que poderão determinar o sucesso do tratamento e da cicatrização das úlceras são a motivação, a implicação do seu portador e a realização de formação aos doentes de forma contínua, abordando os seguintes temas: controlo das patologias de base; cessação tabágica e etanoica; incentivo à adesão

ao regime terapêutico e ingestão de alimentos ricos em vitamina B6; prevenção de traumatismos químicos, térmicos ou mecânicos nos membros inferiores; cuidados à pele; utilização de calçado e vestuário adequado. Dever-se-á, também, estimular um programa de exercício físico regular baseado em caminhadas de 30 a 60 minutos (três dias por semana no mínimo), devendo o doente parar e descansar em caso de dor.

Para o mesmo autor, a adesão ao tratamento de muitos portadores de úlcera de perna está relacionada com a presença de dor, o desconforto, a desmotivação, o isolamento social, o insuficiente apoio social e a ausência de um estilo de vida saudável, que é repetidamente enfatizado pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelo enfermeiro. No estudo de revisão da literatura efetuado por VAN HECKE, GRYPDONCK e DEFLOOR (2009), a falta de aconselhamentos de adoção de estilos de vida saudáveis por profissionais de saúde (por exemplo, conselho contraditório, nenhum conselho específico, impossibilidade de instruções) foram identificados como principais razões para a não adesão. A higiene corporal faseada, o uso de vestuário e calçado adaptado e o compromisso na qualidade de sono devido à dor e edema são outros dos fatores apontados para a não adesão ao tratamento por parte dos utentes (VAN HECKE, et al., 2009).

Para BROADBEND e KOSCHWANEZ (2012), o stresse psicológico é outro fator que concorre para o sucesso da cicatrização, pois este prejudica a cicatrização das úlceras com as intervenções psicológicas direcionados aos mecanismos de coping e o stresse associado à úlcera a demonstrarem ter influência positiva na cicatrização. Para VERMEIDEN, DOORN, DA COSTA, KAPTEIN e STEENVOORDE (2009), ajudar um utente a lidar com a situação de possuir uma úlcera crónica pode auxiliá-lo a sair desse ciclo de pensamentos e eventos negativos, portanto, tem uma influência positiva no processo de cicatrização de úlceras.

Em suma, o sucesso da cicatrização nas úlceras crónicas depende da correção das alterações patológicas, como também do foco em outras dimensões, como o status económico, ambiental e social do doente (WERDIN, et al., 2009) ou o campo psicológico e emocional (PÁLSDÓTTIR & THORODDSEN, 2010). Os profissionais de saúde devem trabalhar ativa e criativamente com as pessoas, no desafio de equilibrar a cicatrização física da úlcera com a "cicatrização" psicológica e emocional (BARANOSKI & AYELO, 2006). O estudo realizado por MOFFATT, MURRAY, KEELEY e AUBEELUCK (2017), relativamente à perspetiva dos enfermeiros versus perspetiva dos utentes relativamente aos motivos de não adesão ao tratamento, veio demonstrar a natureza multifatorial de não adesão ao tratamento e as diferenças entre as preocupações dos utentes e as dos profissionais. Para os profissionais, um fator importante para a não adesão era o conhecimento limitado dos utentes relativamente às úlceras crónicas, o que poderia levar a um atraso na cicatrização da úlcera. Em contrapartida os utentes encontravam-se mais preocupados com o seu conforto, alívio da dor, levando a uma melhoria na sua qualidade de vida.

Assim sendo, os enfermeiros desempenham um papel particularmente importante

no envolvimento do utente / família na tomadas de decisões relacionadas com tratamento ou na discussão / expressão de sentimentos associados à condição crónica (HOPIA, PAAVILAINEN & ASTEDT-KURKI, 2004). Decorrente deste aspeto, cabe ao enfermeiro de família focalizar-se nas dinâmicas internas da família e suas relações, ou seja, na estrutura da família e no seu funcionamento interno e externo, nos seus recursos, em suma, vendo assim a família como um todo (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). No que aos recursos da família diz respeito, MCCUBBIN e MCCUBIN (1993), referem que as famílias quando perante uma situação que lhes provoque stresse, vão utilizar estratégias de coping como resposta; estas estratégias vão influenciar tanto a saúde da família como o seu funcionamento, podendo ser mais ou menos eficazes. Os mesmos autores referem que, na família, podem existir uma multiplicidade de estratégias de coping, pois estas variam com o estádio do ciclo vital, de família para família e em função da situação indutora de stresse. Ainda relativamente aos recursos da família, MCCUBBIN e MCCUBIN (1993), referem que estes podem ser usados pela família para superar situações de stresse, são a comunidade, a unidade familiar e o indivíduo. No que concerne ao apoio da comunidade, este pode passar pelas relações de apoio social ou pelo “emocional support..., esteem support..., network supporte...”.

Por este motivo, o enfermeiro não deve atuar isoladamente; deve criar em conjunto com uma equipa multidisciplinar, objetivos e estratégias que promovam uma atuação dirigida às necessidades reais de um determinado indivíduo. Para tal, é necessário que os enfermeiros se mantenham atualizados, devendo realizar formações na área e manter uma boa comunicação com os seus pares, pois cuidar deste tipo de doenças revela-se mais efetivo se for efetuado em equipa multidisciplinar (FONSECA, et al., 2012). Nesta perspetiva de abordagem multidisciplinar, preconizada para a doença crónica, cada membro desta equipa pode contribuir para a perceção, melhorar as capacidade de coping e modificar a resposta psicossocial à doença (SÁ, 2001).

5 I CONCLUSÃO

Os enfermeiros desempenham um papel primordial no envolvimento do utente e sua família na tomada de decisões relacionadas com o tratamento ou na discussão/expressão de sentimentos associados à condição crónica das úlceras dos membros inferiores. Possuem, também, um papel essencial na promoção de mecanismos de adaptação para lidar com situações de crise, induzidas pela condição de cronicidade, com particular destaque para a autoeficácia e a motivação, que permitem enfrentar a situação mais como um desafio, do que como uma ameaça, estabelecendo pontes para uma adaptação positiva

Assim, compete ao enfermeiro de família identificar situações causadoras de stresse e desajuste familiar, tornando-se este o seu foco de intervenção. Para isso, deverá ativar forças e recursos (internos e externos) do indivíduo/família, para, desta forma, encetar

uma intervenção de enfermagem estruturada e direcionada, com o intuito de estimulá-lo à adoção de estratégias adaptativas, constituindo estas, a resposta do indivíduo às situações de desajuste mental e, assim, promover o seu equilíbrio e integridade, tendo sempre em conta as suas crenças, valores e motivações (visão da família), com o cuidado de auto implicar a pessoa em todo este processo.

REFERÊNCIAS

AFONSO, A., BARROSO, P., MARQUES, G., GONÇALVES, A., GONZALEZ, A., DUARTE, N., & FERREIRA, M. J. (2013). **Úlcera crónica do membro inferior — experiência com cinquenta doentes.** Angiologia E Cirurgia Vascular, 9(4), 148–153. https://doi.org/10.1016/S1646-706X(13)70035-1.

AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS. (2007). **Evidence-based Clinical Practice Guideline: Chronic Wounds of the Lower Extremity**. Retrieved from https://www.plasticsurgery.org/Documents/medical-professionals/health-policy/evidence-practice/Evidence-based-Clinical-Practice-Guideline-Chronic-Wounds-of-the-Lower-Extremity.pdf

AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR PREVENTION AND MANAGEMENT OF VENOUS LEG ULCERS, National Health and Medical Research Council (2011). Retrieved from www.awma.com.au.

BARANOSKI, S., & AYELO, E. (2006). **O Essencial sobre o Tratamento de Feridas**. Loures.

BERNATCHEZ, S. F., EYSAMAN-WALKER, J., & WEIR, D. (2022). **Venous Leg Ulcers: A Review of Published Assessment and Treatment Algorithms.** Advances in Wound Care, 11(1), 28–41. https://doi.org/10.1089/wound.2020.1381.

BISTREANU, R., & TEODORESCU, M. (2009). **Venous Leg Ulcer - Patient Compliance to Treatment and Impact on Quality of Life**. Journal Of Experimental Medical & Surgical Research, XVI (2), 97–102. Retrieved from http://jmed.ro/articole/4.pdf.

BRIGGS, M., & CLOSS, S. (2003). **The prevalence of leg ulceration: a review of the literature.** EWMA Journal, 3(2), 14–20. Retrieved from https://www.research.manchester.ac.uk/portal/en/publications/the-prevalence-of-leg-ulceration(49bc0b74-2aee-4d82-8b6f-03b4d16b6856)/export.html.

BROADBEND, E., & KOSCHWANEZ, H. (2012). **The psychology of wound healing**. Walters Kluwer Health, 25(2), 315–328. https://doi.org/10.1097/YCO.0b01e32834e1424.

COSTA, I. K. F., DA NÓBREGA, W. G., COSTA, I. K. F., TORRES, G. DE V., LIRA, A. L. B. DE C., TOURINHO, F. S. V., & ENDERS, B. C. (2011). **Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do modelo adaptativo de Roy**. Revista Gaúcha de Enfermagem, 32(3), 561–568. https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300018.

DEALEY, C. (2006). **Tratamento de feridas - Guia para enfermeiros**. (CLIMEPSI, Ed.) (1a edição). Lisboa: CLIMEPSI.

DEKKER, J., & DE GROOT, V. (2016). **Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation – an exploration.** Disability and Rehabilitation, 1–5. https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1247469.

EBBESKOG, B., & EKMAN, S. L. (2001). **Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment**. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 15(3), 235–243. https://doi.org/10.1046/J.1471-6712.2001.00018.X.

FINLAYSON, K., EDWARDS, H., & COURTNEY, M. (2010). **The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers**. Journal of Clinical Nursing, 19(9–10), 1289–1297. https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2009.03151.X.

FONSECA, C., FRANCO, T., RAMOS, A., & SILVA, C. (2012). **A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura.** Rev Esc Enferm USP, 46(2), 480–6. Retrieved from www.ee.usp.br/reeusp/.

FRYKBERG, R. G., & BANKS, J. (2015). **Challenges in the Treatment of Chronic Wounds.** Advances in Wound Care, 4(9), 560. https://doi.org/10.1089/WOUND.2015.0635.

GARCIA, A., VASCONCELOS, L., VALENTIM, H., GONÇALVES, F., CASTRO, J., FERREIRA, M., & MOTA CAPITÃO, L. (2007). **Consulta de Úlcera de Perna do Hospital de Santa Marta.** Revista Portuguesa de Cirurgia Cardiotorácica E Vascular, XIV (3), 173–176. Retrieved from http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/304/1/RPCCTV 2007 173.pdf.

GREER, S., MOOREY, S., & WATSON, M. (1989). **Patients' adjustment to cancer: The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings.** Journal of Psychosomatic Research, 33(3), 373–377. https://doi.org/10.1016/0022-3999(89)90027-5.

GUEST, J. F., FULLER, G. W., & VOWDEN, P. (2018). **Venous leg ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes**. International Wound Journal, 15(1), 29–37. https://doi.org/10.1111/iwj.12814.

GUSMÃO, J., & MION, D. (2006). **Adesão ao tratamento – conceitos**. Revista Brasileira Hipertensão, 13(1), 23–25. Retrieved from http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf.

HENRIQUES, J. (2011). **Adesão ao regime terapêutico proposto à pessoa com história de EAM – o papel do enfermeiro**. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

HOPIA, H., PAAVILAINEN, E., & ASTEDT-KURKI, P. (2004). **Promoting health for families of children with chronic conditions.** Journal of Advanced Nursing, 48(6), 575–583. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03246.x.

KAHLE, B., HERMANNS, H.-J., & GALLENKEMPER, G. (2011). **Evidence-Based Treatment of Chronic Leg Ulcers**. Deutsches Ärzteblatt International, 108(14), 231. https://doi.org/10.3238/ARZTEBL.2011.0231.

KIRKETERP-MOLLER, K., ZULKOWSKI, K., & JAMES, G. (2011). **Chronic Wound Colonization, Infection, and Biofilms.** Journal of Medical Microbiology, 1–9. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6084-9.

LANGER, V. (2014). **Quality-of-life with leg ulcers**. Indian Dermatology Online Journal, 5(4), 536. https://doi.org/10.4103/2229-5178.142561.

LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). **Stress, Appraisal, and Coping.** New York: Springer Publishing Company, Inc. Retrieved from https://books.google.pt/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

LUCAS, L., MARTINS, J., & ROBAZZI, M. L. (2008). **Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores - úlcera de perna.** Ciencia Y Enfermeria, XIV (1), 45–52. Retrieved from http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n1/art06.pdf.

MCCUBBIN, M., & MCCUBIN, H. (1993). **Families Coping with Illness: The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation**. In Mosby-Yearbook (Ed.), Families, Health & Illness - Perspectives on Coping and Intervention (p. 427). Missouri.

MOFFATT, C., MURRAY, S., KEELEY, V., & AUBEELUCK, A. (2017). **Non-adherence to treatement of chronic wounds: patient versus professional perspectives.** International Wound Journal. https://doi.org/10.1111/iwj.12804

OERMANN, M. H., HARRIS, C. H., & DAMMEYER, J. A. (2001). **Teaching by the nurse: How important is it to patients?** Applied Nursing Research, 14(1), 11–17. https://doi.org/10.1053/apnr.2001.9236.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2001). **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos.** Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar - padroes de qualidade dos cuidados.pdf.

PAGGIARO, A., NETO, N., & FERREIRA, M. (2010, June). **Princípios gerais do tratamento de feridas.** Revista Médica (São Paulo). Retrieved from https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46286/49942

PAIS-RIBEIRO, J. L., RAMOS, D., & SAMICO, S. (2003). **Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC)**. Psic., Saúde & Doenças, 4(2). http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862003000200005.

PEIXOTO, M. J., & SANTOS, C. (2009). **Estratégias de Coping na família que presta cuidados.** Cadernos de Saúde, 2(2), 87–93. Retrieved from http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9877/3/CS 2.2 (6).pdf.

PINA, E., FURTADO, K., FRANKS, P., & MOFFATT, C. (2004). **Úlceras de Perna em Portugal: um problema de Saúde Subestimado.** Revista Portuguesa de Cirurgia Cárdio-Torácica E Vascular, XI (4), 217–221. Retrieved from http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/293/1/RPCCTV 2004 217.pdf.

RAHMAN, G., ADIGUN, I., & FADEYI, A. (2010). **Epidemiology, etiology, and treatment of chronic leg ulcer: Experience with sixty patients.** Annals of African Medicine, 9(1), 1–4. https://doi.org/10.4103/1596-3519.62615.

RAYNER, R., CARVILLE, K., KEATON, J., PRENTICE, J., & SANTAMARIA, N. (2009**). Leg ulcers: atypical presentations and associated comorbidities.** Wound Practice and Research, 17(4), 168–185. https://espace.curtin.edu.au/bitstream/20.500.11937/20787/2/131738_13661_Leg%20ulcers%20atypical%20presentations.pdf.

REIS, D. B. DO, PERES, G. A., ZUFFI, F. B., FERREIRA, L. A., & POGGETTO, M. T. D. (2013). **Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família**. Revista Mineira de Enfermagem, 17(1), 102–112. https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130009.

RICHMOND, N., MADERAL, A., & VIVAS, A. (2013). **Evidence-based management of common chronic lower extremity ulcers.** Dermatologic Therapy, 26, 187–196. https://doi.org/10.1111/dth.12051.

RIDDER, D., GEENEN, R., KUIJER, R., & VAN MIDDENDORP, H. (2008). **Psychological adjustment to chronic disease**. The Lancet, 372(9634), 246–255. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8.

SÁ, E. M. C. dos S. (2001). **A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório** [Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/881.

SALOMÉ, G. (2010). **Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar.** Saúde Coletiva, 7(46), 300–304. Retrieved from http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84215678004.

SARAIVA, D. M. R. F., BANDARRA, A. J. F., AGOSTINHO, E. D. S., PEREIRA, N. M. M., & LOPES, T. S. (2013). **Quality of life of service users with chronic venous ulcers**. Revista de Enfermagem Referencia, 2013(10), 109–118. https://doi.org/10.12707/RIII1241.

SHI, C., DUMVILLE, J. C., CULLUM, N., CONNAUGHTON, E., & NORMAN, G. (2021). **Compression bandages or stockings versus no compression for treating venous leg ulcers**. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021(7). https://doi.org/10.1002/14651858.CD013397.pub2.

SILVEIRA, L., & RIBEIRO, V. (2004). **Grupo de adesão ao tratamento: espaço para profissionais de saúde e pacientes.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 9(16), 91–104. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf

SOUSA, F. A. M. DO R. (2009**). "O corpo que não cura-Vivências das pessoas com úlcera venosa crónica de perna**." https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19159.

SOUSA, M. R., PEIXOTO, M. J., & MARTINS, T. (2008). **Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico.** Revista Referência, 59–67. Retrieved from http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/8-5967.pdf.

TROTT, A. (2009). **Feridas e Lacerações - Cuidados de Emergência e Encerramento**. (Lusodidacta, Ed.) (3a edição). Retrieved from http://www.lusodidacta.pt/index.php?page=shop.product_details&flypage=flypage.tpl&category_id=23&product_id=107&option=com_virtuemart&Itemid=1&vmcchk=1&Itemid=1.

VAN HECKE, A., GRYPDONCK, M., & DEFLOOR, T. (2009). **A review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment**. Journal of Clinical Nursing, 18(3), 337–349. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02575.x

VERMEIDEN, J., DOORN, L. P. V., DA COSTA, A., KAPTEIN, A. A., & STEENVOORDE, P. (2009). **Coping Strategies Used By Patients With Chronic and/or Complex Wounds. Wounds: A Compendium of Clinical Research and Practice**, 21(12), 324–328. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25902921/.

WELLER, C. D., RICHARDS, C., TURNOUR, L., & TEAM, V. (2021). **Patient Explanation of Adherence and Non-Adherence to Venous Leg Ulcer Treatment: A Qualitative Study. Frontiers in Pharmacology**, 12, 663570. https://doi.org/10.3389/fphar.2021.663570.

WELLER, C. D., TEAM, V., PROBST, S., GETHIN, G., RICHARDS, C., SIXSMITH, J., TURNOUR, L., & BOUGUETTAYA, A. (2021). **Health literacy in people with venous leg ulcers: A protocol for scoping review**. BMJ Open, 11(5). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044604.

WHITE, R. (2006). **Delayed wound healing: in whom, what, when and why?** Primary Health Care, 18(2), 40–47. Retrieved from http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=105 722887&S=R&D=rzh&EbscoCon tent=dGJyMNXb4kSepq84y9fwOLCmr0%2Bep7ZSsKm4SreWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdIuePfgeyx43zx.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2016). **Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project.** WHO - World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/.

YAMADA, B., & SANTOS, V. (2005). **Quality of life of individuals with chronic venous ulcers.** Wounds, 17(7), 178–189.

CAPÍTULO 22

A INFECÇÃO POR COVID 19 EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 04/07/2022

Vanusa Ferreira de Sousa
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/1718920264919803

Leila Batista Ribeiro
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/6643277716864528

RESUMO: A doença pelo Coronavírus tomou proporção mundial, sendo definida como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde, e tendo como parte do grupo de risco os profissionais de saúde que se encontram na linha de frente no combate à doença. Desta forma, percebe-se a importância de tratar sobre esse tema e fazer um acompanhamento pós-doença com os recuperados, sobretudo com os sobreviventes dos grupos de risco. Nesse intuito os objetivos propostos nesse artigo são: (i) identificar os profissionais acometidos pela COVID-19, (ii) verificar os dados sociodemográficos e socioeconômicos da população alvo, (iii) caracterizar as comorbidades pré-existentes e as complicações decorrentes da COVID-19 e (iiii) expor os dados relacionados a campanha atual de vacinação. Como método foi utilizado à pesquisa descritiva transversal de caráter quantitativo, que aborda hipóteses etiológicas, produzindo medidas de incidência. Para coleta de dados foi realizado um levantamento de informações com instrumentos a serem aplicados e um questionário on-line com vistas a proteger os envolvidos na pesquisa. Nesse questionário são abordadas as situações sociodemográfico autoral e as condições pré e pós o diagnóstico de COVID-19 e também como as doenças crônicas pré-existentes afetam a recuperação da doença. O público-alvo foram os servidores de Enfermagem do Hospital Regional de Ceilândia, componente da Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal, que atuaram na linha de frente desde o inicio da pandemia, quando os métodos de prevenção e as informações sobre essa doença eram incertos.
PALAVRAS-CHAVE: Complicações; Enfermagem; Infecções por Coronavírus.

COVID 19 INFECTION IN NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT: The disease caused by the Coronavirus has taken on a worldwide proportion, being defined as a pandemic by the World Health Organization, and having as part of the risk group the health professionals who are on the front line in the fight against the disease. In this way, the importance of dealing with this topic and carrying out a post-illness follow-up with the recovered is perceived, especially with the survivors of risk groups. To this end, the objectives proposed in this article are: (i) to identify professionals affected by COVID-19, (ii) to verify the sociodemographic and socioeconomic data of the target population, (iii) to characterize pre-existing comorbidities and complications resulting from COVID-19. 19 and (iii) expose data related to the current vaccination

campaign. As a method, cross-sectional quantitative research was used, which addresses etiological hypotheses, producing measures of incidence. For data collection, a survey of information was carried out with instruments to be applied and an online questionnaire in order to protect those involved in the research. This questionnaire addresses the author's sociodemographic situations and conditions before and after the diagnosis of COVID-19, as well as how pre-existing chronic diseases affect recovery from the disease. The target audience was the Nursing staff of the Hospital Regional de Ceilândia, a component of the Health Care Network of the Federal District, who worked on the front line since the beginning of the pandemic, when prevention methods and information about this disease were available and uncertain.
KEYWORDS: Complicaded; Nursing ; Coronavirus Infections.

INTRODUÇÃO

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2022), descreve o Covid-19 como uma infecção causada por um novo vírus (SARS-COV-2), da família do coronavírus, de origem zoonótica, causadores de sintomas respiratórios que vão desde os mais leves como resfriados com manifestações comuns aos da gripe, até os mais graves como síndromes respiratórias agudas e severas. Outros sintomas atípicos que podem desenvolver em alguns pacientes: perda de olfato e ou paladar, conjuntivite, dor de cabeça, dor de garganta, dores nas juntas e músculos entre outros. Tornando-se um desafio sanitário mundial, principalmente em países que não possuem estrutura para lidar com o grande número de doentes e por ser uma doença com a fisiopatologia de não ter cura. (LIMA, 2020).

Na China, em Wuhan, o vírus foi detectado exordialmente, havendo um alastramento rápido e intenso em inúmeros países devido ao seu alto teor e facilidade de transmissibilidade, tendo como fator facilitador a globalização. Desta forma, em março de 2020, a Organização Mundial da saúde (OMS) decretou pandemia por SARS-COV-2 (LINDEMANN et al., 2021). O autor Luis et al (2020), confirma acerca do potencial de mutação viral, o que acarreta a formação de variantes do vírus, que se adaptam no meio ambiente e se tornam mais transmissíveis e aumenta a gravidade da infecção. (WHO, 2021).

Conforme Cavalcante et al (2020) expõe dados do número de casos confirmados (4.425.485) e óbitos (302.059) no mundo no período de 16 de maio de 2020, dentre os continentes mais atingidos, estão os da América e Europa. Estima-se que no cenário atual (maio de 2022), o número de casos confirmados é de 529.369.929, e de óbitos é de 6.289.033. Em todos os países foram tomadas medidas de precauções para evitar ainda mais a disseminação do vírus, como o distanciamento social, o uso de máscara facial de pano e outros materiais que sejam mais seguros, higiene frequente das mãos com água e sabão ou preparação alcoólica, a ação de ventilar ambientes, e em alguns casos *lockdown* (fechamento total do comércio e confinamento populacional).

A organização Pan-Americana da Saúde confirmou oficialmente no dia 03 de junho

de 2022 cerca de 528.275.339 casos confirmados e 6.293.414 óbitos por essa doença, sendo no Brasil 31.019.038 casos reportados. (OPAS, 2022).

O Conselho Federal de Enfermagem, em março de 2021, contabilizou o falecimento de 646 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, sugerindo uma morte a cada sete horas e meia. Desde o início da pandemia até o dia 31 de maio de 2022, 872 enfermeiros perderam a vida. Se comparado aos Estados Unidos e Reino Unido, o Brasil obteve maior número de mortes de profissionais de saúde com 157 falecimentos nessa categoria profissional, enquanto ocorreram 146 óbitos pelos EUA e 77 óbitos no Reino Unido. (SOUZA, LUÍS PAULO SOUZA E; SOUZA, 2020); (MIRANDA et al., 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que atualmente que entre 80 mil a 180 mil profissionais de saúde morreram por conta da COVID-19 entre janeiro de 2020 e maio de 2021.

Embora medidas fossem tomadas, a sua forma de transmissão e alto nível patogênico faziam surgir novos casos confirmados por meio de testes sorológicos e sanguíneos, evidenciando uma fragilidade na estrutura das unidades de saúde brasileiras, devido à superlotação. No cenário contemporâneo, os sistemas informatizados governamentais como o DATASUS e outros, com documentos atualizados do dia 25 de maio de 2021, forneceram os dados da população de 16.194.209 casos confirmados no Brasil, com uma estimativa de 452.031 óbitos pela doença (LIMA, 2020).

Neste contexto pandêmico os profissionais da saúde retratam um dos grupos de risco, em especial a categoria da enfermagem que independente da complexidade de assistência, está em contato direto com pacientes contaminados por covid-19, recebendo uma alta carga viral, desta forma fomentando uma maior suscetibilidade ao contágio e transmissão, inclusive em suas residências, colocando em risco sua saúde e de familiares, seja pelo contágio ou submissão de demasiado estresse em razão da gravidade em que se encontram estes pacientes infectados, às condições de trabalho presentes e exaustão por sobrecarga de serviço (GUIMARÃES; DOS SANTOS; SANCTOS, 2020).

Desta maneira, é essencial que haja proteção aos profissionais que ofertam o cuidado, como a adoção de protocolos de controle de infecção e do uso reforçado de equipamentos de proteção individual (GUIMARÃES; DOS SANTOS; SANCTOS, 2020). Visto que, a Fiocruz apresentou em nota técnica de abril de 2021 sobre as profissões de saúde com maiores registros dentre os casos confirmados de infecção por covid- 19, sendo eles os técnicos (as) de enfermagem com um quantitativo de 11.779, seguidos de enfermeiros(as) com 6.747 trabalhadores, correspondendo a 7,1% deste valor. Ocorre ainda um monitoramento pelo Conselho Nacional de Enfermagem (Cofen) que atualiza estes dados para a categoria, declarando que no período de 31 de março de 2021 foram registrados 51.235 casos e 723 óbitos de profissionais da enfermagem no país (LINDEMANN et al., 2021); (BRASIL, 2021).

Diante do exposto este estudo propõe o seguinte questionamento de pesquisa: Que complicações da Infecção por SARS COV-2 tiveram os profissionais da Enfermagem? Em

que condições os profissionais de enfermagem se encontravam por ocasião do contágio?

O objetivo geral deste estudo foi conhecer as condições de saúde pós infecção por SARS COV-2 nos profissionais de enfermagem na Unidade de Saúde do Hospital Regional de Ceilândia.

E como objetivos específicos tem-se: identificar os profissionais acometidos pela COVID-19; verificar os dados sociodemográficos da população alvo; caracterizar as comorbidades pré-existentes e as complicações decorrentes da COVID-19.

Este estudo se tornou importante pois poderá contribuir para instrumentalizar os profissionais de Enfermagem na assistência e acompanhamento para quem foi infectado pela SARS COV-2, bem como todos os profissionais de Saúde. Poderá também sensibilizar os gestores de saúde para compreender as limitações dos profissionais pós infecção por SARS COV-2 e poderá contribuir para complementar pesquisas em todos os países trazendo novas perspectivas e possíveis descobertas referente ao tema.

METODOLOGIA DE PESQUISA

Para a realização desde estudo utilizou-se a abordagem de natureza quantitativa conforme os pressupostos de Gil.

A coleta de dados deu-se com servidores da enfermagem, no Hospital Regional de Ceilândia-DF logo após a autorização do CEP. Os instrumentos que foram aplicados foram os questionários realizados de maneira on-line com vistas a proteger os envolvidos na pesquisa, um questionário sociodemográfico autoral e um questionário baseado em condições pré e pós o diagnóstico de COVID-19.

Foram atendidos os critérios éticos da pesquisa em relação aos sujeitos da pesquisa. Os mesmos foram profissionais da Enfermagem que estiveram em exercício nos anos de 2020 e 2021 no Hospital Regional de Ceilândia que tenham sido infectados pelo SARS COV-2, apresentando testes positivos, e que assinaram o TCLE antes da entrevista. Foram respeitados o sigilo, a fidedgnidade, a confidencialidade e o anonimato dos 20 (vinte) participantes. Seus nomes foram preservados e trocados aleatoriamente, com a identificação dos sujeitos por cores escolhidas aleatoriamente com os seguintes códigos (S1, S2, S3, S4, assim por diante).

Para participação na pesquisa os sujeitos atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, trabalhar no Hospital Regional de Ceilândia no período de 2020 e 2021, pertencer à equipe de enfermagem, ter o aceite e efetuar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ter apresentado exame com resultado positivo para SARS COV-2, sem doença ativa no momento, estar em pleno exercício da profissão durante o período da pesquisa, e gozar de plena saúde mental.

Após o aceite para paraticipação da pesqusa, os sujeitos foram orientados em relação à assinatura do TCLE e em relação aos objetivos da pesquisa. Posteriormente, foi

entregue virtualmente um questionário elaborado no formulário Google Forms. O mesmo foi elaborado com 20 perguntas e a partir das respostas foi realizada uma análise através da ferramenta Excel, contrapondo com as referências de autores que já realizaram estudos sobre o tema.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo apresentam a maioria dos participantes do gênero feminino, com idade prevalente entre 32 a 58 anos, seguido do gênero masculino com idade entre 28 a 58 anos. A predominância do grupo estudado em relação ao estado civil foi para os casados e o grau de escolaridade que prevaleceu foi para o superior com pós graduação.

Dentre os dados coletados a respeito dos profissionais da saúde que tiveram infecção pelo SARS-COV eis a análise e discussão conforme a seguir.

Os participantes deste estudo receberam nomes fictícios de cores como estão apresentados conforme quadro a seguir:

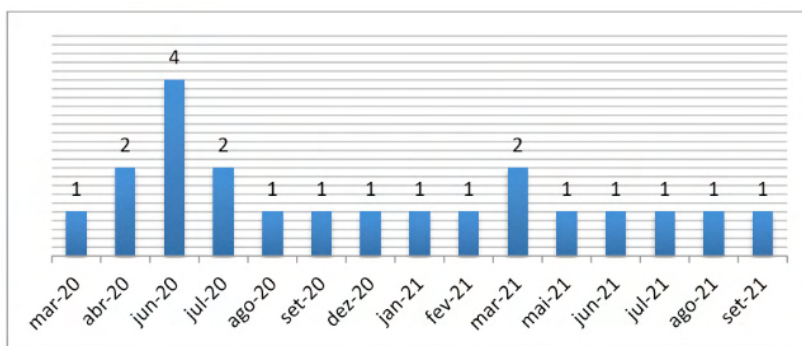
Nº	Nome Fictício	Gênero	Idade	Estado Civil	Grau de Escolaridade
1	Amarelo (S1)	Feminino	48	União Estável	Superior Completo
2	Azul (S2)	Feminino	41	Outros	Ensino Médio Completo
3	Bege (S3)	Feminino	42	Casado	Ensino Superior Incompleto
4	Bordô (S4)	Feminino	34	Solteiro	Ensino Médio Completo
5	Caramelo (S5)	Masculino	28	Solteiro	Pós Graduação
6	Caqui (S6)	Feminino	44	Casado (a)	Pós Graduação
7	Castanho (S7)	Feminino	58	Solteiro	Ensino Superior Completo
8	Cinza (S8)	Masculino	58	Casado	Pós Graduação
9	Creme (S9)	Feminino	56	Casado	Pós Graduação
10	Laranja (S10)	Feminino	46	Solteiro	Ensino Médio Completo
11	Lilás (S11)	Feminino	42	Casado	Ensino Superior Incompleto
12	Marrom (S12)	Feminino	44	Casado	Pós Graduação
13	Mostarda (S13)	Feminino	41	Solteiro	Pós Graduação
14	Rosa (S14)	Masculino	42	Casado	Pós Graduação

15	Roxo (S15)	Feminino	56	Casado	Ensino Superior completo
16	Salmão (S16)	Feminino	38	Divorciado	Pós Graduação
17	Verde (S17)	Masculino	33	Solteiro	Pós Graduação
18	Vermelho (S18)	Feminino	32	Casado	Pós Graduação
19	Vinho (S19)	Feminino	35	Casado	Ensino Superior completo
20	Violeta (S20)	Feminino	39	Casado	Ensino Superior completo

Quadro 1. Perfil dos participantes do estudo

Fonte: as autoras (2022)

DISCUSSÃO

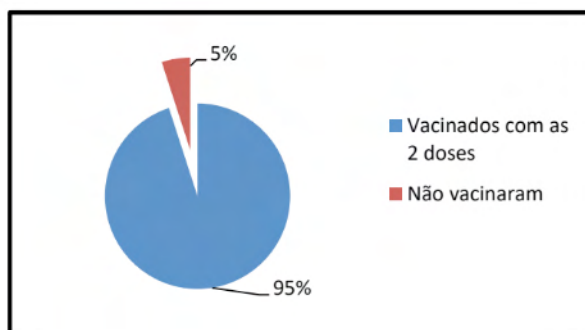
Para a discussão do tema os dados encontrados foram organizados e apresentados a seguir conforme a disposição das perguntas no questionário. A respeito do período de infecção dos entrevistados, as maiores incidências de casos foram nos meses de junho de 2020 e março de 2021.

Quadro 2. Período da infecção entre os sujeitos da pesquisa.

Fonte: as autoras (2022)

De acordo com a Secretária de Saúde do Distrito Federal, até o dia 20 de junho de 2020 foram notificados 63.523 casos de infecção do Covid 19, em março de 2021 foram registrados 88.239, em março de 2022 os números foram 689.463. E mesmo que os registros de casos ainda tenham prevalecido em 2022 os que tornam evidentes é que os números de casos graves e óbitos diminuíram visivelmente, fato este relacionado ao início da vacinação no primeiro semestre de 2021.

A vacinação é mais segura se comparada à contaminação direta pelo vírus, pois as

vacinas treinam o sistema imunológico do indivíduo vacinado a reconhecer o vírus alvo, criar anticorpos e combater a doença sem contraí-la previamente, permitindo ao corpo uma defesa maior, se exposto ao antígeno posteriormente, atenuando os sinais e sintomas provenientes da infecção, sendo assim uma forma de prevenção aos casos graves da doença. (OPAS, 2021)

A seguir o percentual de Profissionais Vacinados dentre os entrevistados.

Quadro 3: Profissionais vacinados dentre os entrevistados.

Fonte: as autoras (2022)

É importante ressaltar que o alto índice de imunização entre os entrevistados é resultado da priorização que estes profissionais tiveram, executada de acordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação (PNO) contra a Covid-19.

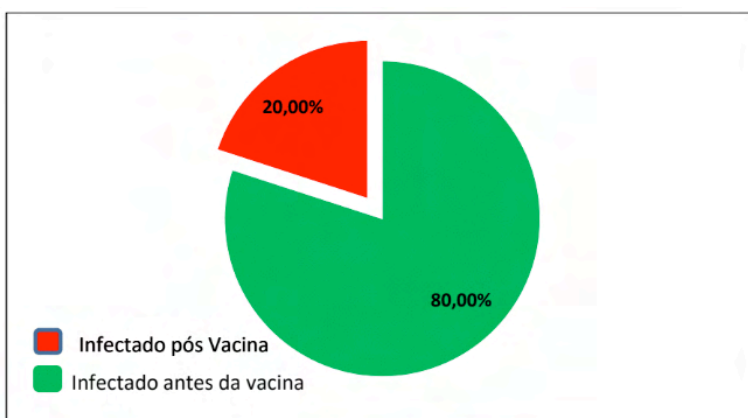
A vacinação é uma atividade integrada e rotineira dos serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de baixa complexidade e de grande impacto nas condições gerais da saúde da população, representando um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas, onde há a melhor relação entre custo e efetividade no setor saúde. (STARFIELD, 2002). A vacinação completa, seja em dose única ou em duas doses, não é garantia de imunização total, já que o vírus ainda continua em circulação.

Dados do Ministério da saúde reúnem informações sobre a vacinação no Distrito Federal, em que foram estabelecidos grupos prioritários para a vacinação, avaliando quais deles estavam mais expostos e sendo mais acometidos pela doença, para uma melhor logística foram selecionados inicialmente os profissionais da saúde ativos na linha de frente do combate ao covid, da rede pública e particular por meio de agendamentos na página *online* do governo. Em paralelo, os de idosos de 90 anos, mudando a faixa etária de acordo com a relação do levantamento populacional de idosos, quantidade de doses e o intervalo de idades (BRASIL, 2021).

Simultaneamente, com a vacinação dos idosos foram abertos cadastro e agendamento via site governamental para vacinar pessoas com comorbidades entre 25 e

59 anos de idade, gestantes e puérperas com doenças de base, indivíduos com síndrome de *Down*, aqueles em terapia renal e imunossuprimidos com 18 anos ou mais, profissionais da educação, pacientes em internação domiciliar (NRAD e *Home care*), de acordo com a faixa etária vigente, profissionais das forças de segurança pública, pessoas com deficiência institucionalizadas, inscritas no BPC, os povos indígenas e aeroportuários (BRASIL, 2021).

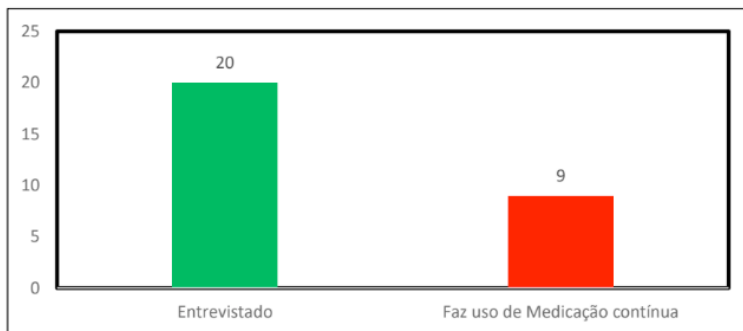
O Ministério da Saúde registrou uma redução de internações de idosos após três meses de vacinação contra o coronavírus, e em consequência a diminuição do seu grau de letalidades neste grupo, demonstrando que a vacina é o tratamento mais eficaz contra o vírus. (BRASIL, 2021)

Dentre os entrevistados o gráfico a seguir compara a incidência da doença em vacinados e não vacinados:

Quadro 4: Incidência do SARS-COV 19 em vacinados e não vacinados.

Fonte: as autoras (2022)

Uma pesquisa prévia da Secretaria de Estado da Saúde relacionou o perfil de mortes pela Covid com o índice de vacinados na população. O número de óbitos entre a população de 12 a 59 anos que não foram vacinados é de 6,59 por 100 mil habitantes. O índice de mortalidade na mesma faixa etária cai para 0,29/100 mil em pessoas com a cartilha de vacinação completa e sua dose de reforço.

Conclui-se que a disseminação da importância da vacina e a implementação de campanha de vacinação são as principais ferramentas no controle da Covid-19.

Entrevistados que fizeram o uso da medicação recomendada para o tratamento da Covid 19.

Quadro 5: Uso de medicação.

Fonte: as autoras (2022)

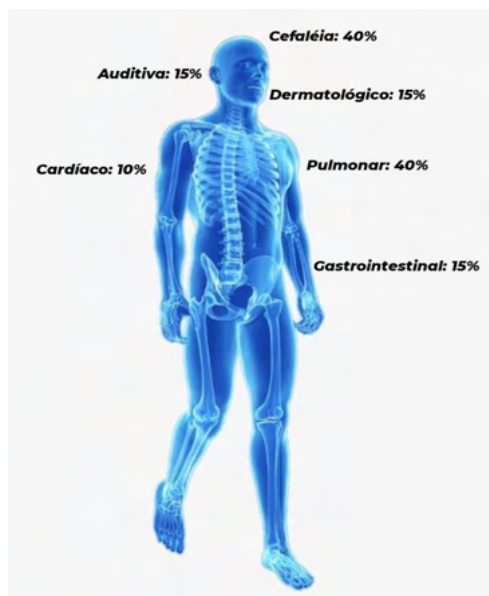
Com o advento da pandemia de SARS-CoV-2, patógeno inicialmente desconhecido, descobriu-se diferente de outros vírus causadores de condições respiratórias desfavoráveis, sem formas de enfrentamento precoce e farmacológica que fosse direcionado exclusivamente à sua fisiopatologia. Após ser declarada como uma emergência de saúde pública de interesse internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foram dadas como orientações as propostas terapêuticas, voltadas para a formulação de vacinas, além de formas de tratamento e diagnósticos (SANTOS DOMINGUES, 2021).

O ministério da saúde em consonância com as recomendações internacionais aprovou o uso de medicações como uso de ajustes de situações secundárias ao covid, não para o tratamento exclusivo da doença, com intervenções farmacológicas para o tratamento da COVID-19 em pacientes hospitalizados, tal como o uso de anticoagulantes e corticosteroides em casos de pacientes em dependência do uso de oxigênio (FALAVIGNA et al., 2020).

Dessarte, foram analisadas medicações como a Aminoquinolinas (hidroxicloroquina e cloroquina), associado a azitromicina, a Oseltamivir, a Lopinavir/ritonavir, Glicocorticosteroides, a Tocilizumabe (anti-interleucina 6), as Heparinas e os Antibacterianos. O uso destes medicamentos se pauta nos resultados de estudos pré-clínicos, ou estudos observacionais com grandes limitações relevantes ao seu uso. Levando em conta as análises feitas, foram realizadas 11 recomendações que no geral reconheciam que nenhuma das intervenções propostas para o tratamento da covid eram de fato eficazes, por possuir nível de evidência baixo ou muito baixo. (FALAVIGNA et al., 2020).

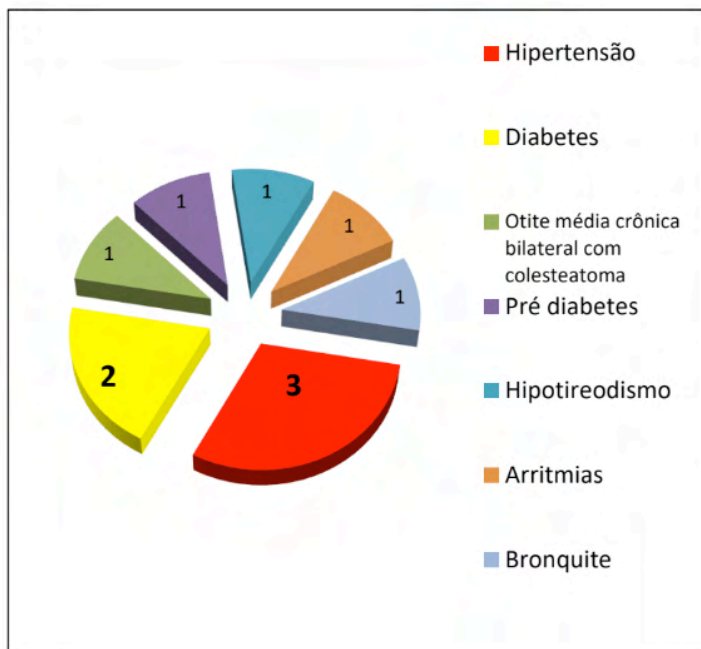
A Associação de Medicina Intensiva Brasileira, juntamente com a Sociedade Brasileira de Infectologia e a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, em 2020, criaram diretrizes com a finalidade de proporcionar recomendações baseadas em evidências científicas claras e eficazes, que contribuíssem nas decisões sobre o tratamento farmacológico da covid- 19 no país. (FALAVIGNA et al., 2020).

Conforme indicação da Organização Mundial da Saúde, os casos mais brandos de COVID-19 podem ser tratados em casa com repouso, hidratação e uso de remédios para febre e analgésicos. Já os casos mais graves, com sintomas mais intensos e complicações como pneumonia, precisam ser tratados no hospital, e podem precisar dos medicamentos aprovados para uso emergencial.

No quadro a seguir, vê-se o percentual das complicações e sequelas do Covid 19 relatadas pelos participantes da pesquisa. Com destaque para a cefaleia e o comprometimento pulmonar.

Quadro 6: Exposição em % de maiores complicações:

Fonte: as autoras (2022).

A síndrome PÓS-COVID-19 se refere aos sintomas de longo prazo que algumas pessoas experimentam depois de terem COVID-19. Enquanto a maioria das pessoas que desenvolveram essa doença se recupera totalmente, algumas desenvolveram uma variedade de efeitos de médio e longo prazo, como fadiga, falta de ar e disfunção cognitiva (por exemplo, confusão, esquecimento ou falta de foco e clareza mental). Algumas pessoas também experimentam efeitos psicológicos. Esses sintomas podem persistir desde a fase inicial da doença ou se desenvolver após a recuperação. (OPAS, 2022)

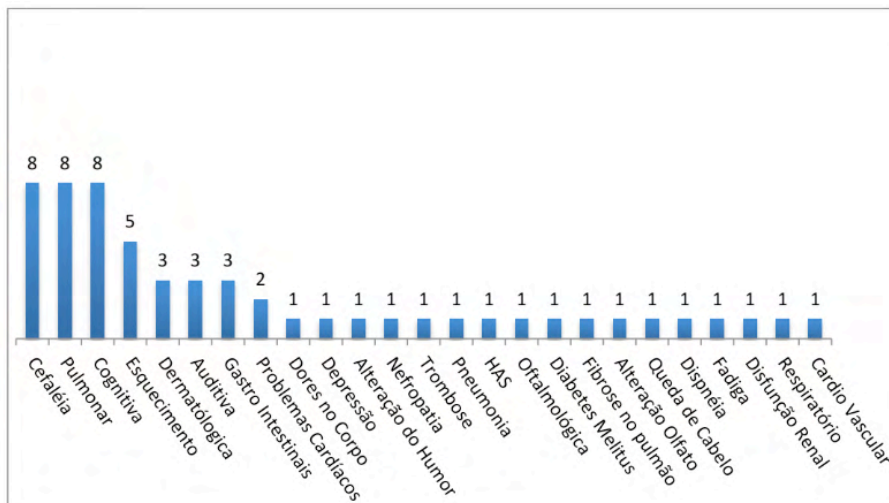
Pessoas com doenças pré-existentes possuem mais propensão ao vírus. Abaixo está o gráfico que expõe o quadro de reincidência entre os entrevistados:

Quadro 7: Comorbidades dos entrevistados antes de contrair COVID 19.

Fonte: as autoras (2022)

Devido à rápida disseminação da doença e a alta de incidência de casos graves, se faz necessário avaliar os fatores de risco e os que podem agravar o prognóstico de pacientes com COVID-19. Estudos prévios mostraram que pacientes que apresentavam determinadas doenças crônicas sendo respiratórias cardíacas ou de natureza multifatorial tinham um prognóstico agravado quando eram apresentados ao vírus da COVID-19 (YANG et al., 2020).

Seguindo o Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra Covid 19, pessoas com comorbidades, como por exemplo, diabetes, doenças pulmonares e respiratórias, hipertensão, doenças renais crônicas e imunossuprimidos possuem prioridade na imunização. Pessoas que fazem parte desse grupo de risco estão sujeitas a maiores complicações oriundas do Covid. (OMS, 2021).

Estudos mostraram que os pacientes que chegaram a ao ponto final relataram ter alguma comorbidade, pelo menos se destacaram em maior índice foi a hipertensão arterial, em segundo lugar, a diabetes. Aqueles que apresentaram comorbidades tiveram resultados clínicos piores quando comparados com aqueles que não tinham. (SANTOS, J., SIQUEIRA, A., PRAÇA, H., ALBUQUERQUE, H, 2020)

No próximo gráfico está exposto, de forma especifica as complicações ocasionadas pela Covid entre os entrevistados.

Quadro 8: Complicações ocasionadas pelo SARV COV2.

Fonte: as autoras (2022)

Em um estudo feito pelo Hospital Oswaldo Cruz, as complicações que podem se agravar envolvem principalmente os pulmões, os rins e as condições de doenças preexistentes. Já quadro de sequelas não graves, mas também bem persistentes se relacionam com prejuízos no olfato e paladar, assim como sintomas ansiosos e depressivos.

CONCLUSÕES

Este estudo atendeu aos objetivos propostos e revelou situações inusitadas com as descobertas científicas em todo o mundo durante a pesquisa.

Com a realização do estudo, evidenciou-se que as doenças crônicas como cardiopatias, hipertensão arterial, problemas respiratórios, diabetes e todas outras analisadas neste estudo, aceleram um prognóstico pior na evolução da doença causada pelo Coronavírus.

Estas informações poderão corroborar com todo o setor de saúde mundial a orientação da população e avaliar o risco para estas, além de facilitar a busca e entendimento para a criação de políticas públicas e orientações que venham a auxiliar o tratamento e prevenção dos portadores de tais doenças, classificados como grupos de risco. Com a rapidez do avanço da ciência e da COVID19 no mundo, sugere-se novos estudos acerca disso das comorbidades associadas ao COVID-19, buscando sempre atualizar os dados constantes na literatura, para assim subsidiar a formulação de políticas públicas e protocolos de atendimento de forma estratégica e eficaz à população mundial.

Por outro lado o impacto da pandemia na equipe de enfermagem também merece destaque, haja vista as condições de trabalho deficientes e extenuantes, a falta de material

de biossegurança e o desconhecicmento do vírus trouxeram grandes consequencias àqueles que trabalham na linha de frente provocando alterações no cotidiano dos mesmos. A situação de contaminação em massa por covid comprovou a importante atuação da enfermagem nos serviços públicos, filantrópicos e privado, dado que esta classe está na linha de frente do cuidado aos pacientes contaminados e no combate ativo à covid- 19.

Sugere-se novos estudos de acompanhamento dos profissionais de enfermagem que contraíram o vírus, que tiveram complicações e ou sequelas e principalmente que se cuide da saúde mental destes até que a longo prazo possamos de fato conhecer as consequencia da pandemia nessa classe.

REFERÊNCIAS

1. Brasil – Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde I Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. www.paho.org. Available from: https://www.paho.org/pt/brasil.

2. ÁGUILA-GORDO, D. et al. Mortality and associated prognostic factors in elderly and very elderly hospitalized patients with respiratory disease COVID-19. Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia, 2021.

3. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil [Internet]. covid.saude.gov.br. Available from: https://covid.saude.gov.br/.

4. Lotta G, Fernandez M, Magri G, Aliberti C, Mello C, Corrêa M, et al. Available from: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-os-profissionais-de-saude-publica-no-brasil_fase-4.pdf.

5. Brasil Vacinado - Acesse sua conta [Internet]. sso.acesso.gov.br. [cited 2022 Jun 3]. Available from: https://sso.acesso.gov.br/login?client_id=govbr&authorization_id=1812a1b5e92.

6. BRASIL; SAÚDE, C. N. DE. Recomendação Nº 020, De 07 De Abril De 2020. Ministério da Saúde, p. 16, 2020.

7. CHRISTINE, E.; GOMES, S. Conceitos e ferramentas da epidemiologia. Universidade Aberta do SUS, 2015.

8. CORDINA, M.; LAURI, M. A.; LAURI, J. Attitudes towards covid-19 vaccination, vaccine hesitancy and intention to take the vaccine. Pharmacy Practice, v. 19, n. 1, p. 1–9, 2021.

9. RESOLUÇÃO COFEN No 564/2017 [Internet]. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.

10. Mortes entre profissionais de Enfermagem por Covid-19 cai 71% em abril [Internet]. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem. [cited 2022 Jun 3]. Available from: http://www.cofen.gov.br/mortes-entre-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19-cai-71-em-abril_86775.html.

11. FALAVIGNA, M. et al. Guidelines for the pharmacological treatment of COVID-19. The task force/consensus guideline of the Brazilian Association of Intensive Care Medicine, the Brazilian Society of Infectious Diseases and the Brazilian Society of Pulmonology and Tisiology. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 32, n. 2, p. 166–196, 2020.

12. Gil AC, Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 6ª edição, 2008.

13. GUIMARÃES, T. T.; DOS SANTOS, H. M. B.; SANCTOS, R. T. M. Physical inactivity, chronic diseases, immunity and covid-19. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 26, n. 5, p. 378–381, 2020.

14. ISER, B. P. M. et al. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. Epidemiologia e servicos de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil, v. 29, n. 3, p. e2020233, 2020.

15. LIMA, C. M. A. DE O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). Colégio Brasileiro de radiologia e diagnóstico por imagem, v. 53, n. 2, p. V-VI, 2020.

16. LINDEMANN, I. L. et al. Perception of fear of being infected by the new coronavirus. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 70, n. 1, p. 3-11, 2021.

17. LUIS, J. et al. Infecções Por Coronavírus: Recomendações Para Boas Práticas Na Obtenção De Tecidos E Órgãos Para Transplante, 2020.

18. MAGNO, L. et al. Challenges and proposals for scaling up COVID-19 testing and diagnosis in Brazil. Ciência e Saude Coletiva, v. 25, n. 9, p. 3355-3364, 2020.

19. MIRANDA, F. M. D. et al. Working conditions and the impact on the health of the nursing professionals in the context of covid-19. Cogitare Enfermagem, v. 25, p. 1–8, 2020.

20. OLIVEIRA, M. A.; VELLARDE, G. C.; SÁ, R. A. M. DE. Entendendo a pesquisa clínica III: estudos de coorte. Femina, v. 716, p. 105–110, 2015.

21. SANTOS DOMINGUES, C. M. A. Challenges for implementation of the COVID-19 vaccination campaign in brazil. Cadernos de Saude Pública, v. 37, n. 1, p. 1–5, 2021.

22. SOUZA, LUÍS PAULO SOUZA E; SOUZA, A. G. DE. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus : quem cuidará de quem cuida ? INTRODUÇÃO novo Enfermeiros (International Council of Nurses – ICN), existem cerca de 28 Equipamentos de Proteção Individual estão em situação de vulnerabi. Jornal nursing e health, v. 10, n. n. especial, p. 1–13, 2020.

23. VEDOVATO, T. G. et al. The health of healthcare professionals coping with the covid-19 pandemic. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 25, n. 9, p. 1–15, 2021.

24. YANG, J., ZHENG, Y., GOU, X., PU, K., CHEN, Z., GUO, Q., et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Infectious Diseases. v. 94, n.2, p. 91-95, 2020.

25. SANTOS, J., SIQUEIRA, A., PRAÇA, H., ALBUQUERQUE, H., Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. v. 36, n. 5, p. 1-12, 2020.

CAPÍTULO 23

VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA À COVID-19 EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

Data de aceite: 04/07/2022
Data de submissão: 10/06/2022

Polyanna Freitas Albuquerque Castro
Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luis – MA
https://orcid.org/0000-0003-2586-6065

Andréa de Jesus Sá Costa Rocha
Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luis – MA
https://orcid.org/0000-0002-5086-1875

Amanda Silva de Oliveira
Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luis – MA
https://orcid.org/0000-0003-0787-9989

Líscia Divana Carvalho Silva
Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luis - MA
https://orcid.org/0000-0002-3624-6446

Rosilda Silva Dias
Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luis – MA
https://orcid.org/0000-0003-1154-6394

RESUMO: A Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) é causada por um novo tipo de coronavírus que leva a uma doença infecciosa emergente com notável envolvimento pulmonar. Nesse contexto pandêmico, existem grupos da população que apresentam maior vulnerabilidade às formas graves da doença, como os idosos e pessoas portadoras de comorbidades. **Objetivo:** analisar e refletir sobre a maior vulnerabilidade da população idosa à Covid-19 no estado do Maranhão. **Método:** estudo epidemiológico, quantitativo, de caráter descritivo realizado no período de fevereiro de 2020 a outubro de 2021. **Resultados:** casos confirmados no Maranhão em 2021 foram 17,7% em indivíduos acima dos 60 anos, 71,3 % dos óbitos foram de cidadãos acima dos 60 anos, 22,7% idosos entre 60 a 69 anos e 48,6% de maiores de 70 anos. Os indivíduos que morreram e possuíam comorbidades representaram 80%, sendo as mais prevalentes a Hipertensão Arterial (38,3%) e Diabetes Mellitus (26,3%). **Conclusão:** é fundamental compreender e contextualizar, sua evolução, dinâmica e respostas das pessoas no contexto da pandemia. Com este intuito, reforça-se a necessidade do planejamento da assistência à saúde embasada no conhecimento técnico-científico.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, Idoso, Vulnerabilidade.

VULNERABILITY OF THE ELDERLY POPULATION TO COVID-19 IN A NORTHEASTERN BRAZILIAN STATE

ABSTRACT: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) is caused by a new type of coronavirus that leads to an emerging infectious disease with notable lung involvement. In this pandemic context, there are population groups that are more vulnerable to severe forms of the disease, such as the elderly and people with comorbidities. **Objective:** to analyze and reflect on the greater vulnerability of the elderly population to Covid-19 in the state of Maranhão.

Method: epidemiological, quantitative, descriptive study carried out from February 2020 to October 2021. **Results:** confirmed cases in Maranhão in 2021 were 17.7% in individuals over 60 years of age, 71.3% of deaths were of citizens over 60 years old, 22.7% elderly between 60 and 69 years old and 48.6% over 70 years old. Individuals who died and had comorbidities represented 80%, the most prevalent being Arterial Hypertension (38.3%) and Diabetes Mellitus (26.3%). **Conclusion:** it is essential to understand and contextualize, its evolution, dynamics and people's responses in the context of the pandemic. With this in mind, the need for health care planning based on technical-scientific knowledge is reinforced.
KEYWORDS: COVID-19, Elderly, Vulnerability.

1 I INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19 está afetando a população mundial de maneira surpreendente desde o surgimento dos primeiros casos, em dezembro de 2019 na cidade de Whuan-China. Este fenômeno complexo e incerto configura-se no maior desafio sanitário das últimas décadas, o qual vem ocasionando grandes transformações nos modos de ser e viver das populações em todo planeta (AHMED *et al*, 2020).

Um novo coronavírus pertencente ao gênero *Beta*, denominado SARS COV-2 é o causador da Covid-19, doença infecciosa, de alta transmissibilidade que causa infecção respiratória aguda em humanos e animais, acomete principalmente o sistema respiratório (BRASIL, 2020), mas pode afetar outros órgãos e sistemas do corpo humano (LANDI *et al*, 2020).

A Covid-19 é uma doença contagiosa de rápida disseminação e afeta as pessoas de diferentes formas: desde um resfriado leve até uma síndrome respiratória aguda grave e outras complicações. Os sinais e sintomas clínicos predominantes são tosse, febre, coriza, dor de garganta e dispnéia, cursando de forma branda na maior parte dos infectados. Entretanto, entre 5% a 10% dos casos evoluem com insuficiência respiratória grave, e quando o organismo não consegue se restabelecer, evoluem ao óbito. (BRASIL, 2021).

No mundo, até o dia 27 de maio de 2022, já contabilizam mais de 525 milhões de casos de Covid-19 e 30 milhões no Brasil, correspondendo a 5,7% do total. Quanto aos óbitos, foram notificados até esta data, 6.285.171 mortes no mundo e mais de 666 mil no Brasil, correspondendo a mais de 10% do total. No Maranhão, **já** somam-se 437.701 casos de Covid-19 em todo o estado e 10.888 maranhenses evoluíram a óbito pela doença.

Nesse contexto pandêmico, observam-se grupos de pessoas que apresentam maior vulnerabilidade às formas graves da doença, como os idosos e portadores de comorbidades. No Brasil, o primeiro caso confirmado de Covid-19 foi de uma pessoa idosa e o primeiro óbito brasileiro confirmado foi de um homem de 62 anos portador de hipertensão e diabetes. Os dados epidemiológicos revelam que o risco de morrer por Covid-19 aumenta com a idade, tendo em vista que a maioria das mortes ocorrem em idosos (BRASIL, 2020)

A imunossenescência que são alterações fisiológicas decorrentes do processo

de envelhecimento, impactam diretamente na função imunológica da pessoa idosa. Por consequência, os idosos tornam-se um grupo etário mais vulnerável às doenças infecciosas, como a Covid-19 e encontram-se mais expostos a maiores agravos e morte pela infecção (HAMMERSCHMIDT e SANTANA, 2020).

Ademais, a ocorrência de patologias típicas da idade, como demência, acidente vascular cerebral, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como hipertenção arterial e diabetes mellitus, somadas à suscetibilidade a infecções, quando associado a atual infecção pelo SARS-Cov-2, colaboram para ocorrência de maiores danos à essa população. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) revelam que cerca de sete entre cada dez pessoas idosas no Brasil, possuem pelo menos uma doença crônica. Pesquisas apontam que oito em cada dez mortes por Covid-19 ocorrem em pessoas com pelo menos uma comorbidade (VENTURINI , KINALSKI e BENETTI, 2020).

Estes fatores fazem com que os prognósticos para indivíduos maiores de 60 anos sejam desfavoráveis. Hammerschmidte Santana (2020) cita em seu estudo que a taxa de mortalidade por Covid-19 em idosos é 3,82 vezes maior que a média geral. Entre os idosos com 80 anos ou mais que contraíram a doença, a taxa de óbito foi 14,8%; de 70 a 79 anos foi 8% e de 60 a 69anos de 8,8%. Júnior (2020) refere que as taxas de idosos mortos no Brasil por essa doença podem variar de 50% a 84%. Logo, as pessoas idosas estão no centro da discussão da pandemia de Covid-19, revelando um cenário onde se faz necessário o direcionamento e implementação de ações de saúde mais eficazes a este grupo etário.

O Maranhão corrobora com os achados nacionais sobre a maior vulnerabilidade da população idosa para a Covid-19, registrando taxas de mortalidade maiores entre os idosos. Do total de 10.090 óbitos em todo o território maranhense, 71% foram de pessoas acima de 60 anos de idade, 22,6% entre 60 a 69 anos e 48,6% de 70 anos ou mais, apontando taxas de mortalidade entre os idosos mais elevadas que a do cenário nacional (MARANHÃO, 2021).

Isto posto, o conhecimento dos fatores que contribuem para maior risco de morte da pessoa idosa pela Covid-19 podem colaborar com gestores, formuladores de políticas públicas, profissionais de saúde, serviços de saúde na promoção de um manejo clínico e epidemiológico mais eficiente.

Assim, objetivou-se fazer uma análise e reflexão sobre a maior vulnerabilidade da população idosa à Covid-19 no estado do Maranhão.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, de caráter descritivo, desenvolvido a partir da análise de dados sobre COVID-19 no estado do Maranhão (MA), no período de fevereiro de 2020 a outubro de 2021.

Os estudos epidemiológicos contribuem para melhor compreensão das características e perfil de uma determinada doença ou agravo, possibilitando conhecer as particularidades de uma área ou grupo populacional, os fatores que influenciam na disseminação, incidência e mortalidade, podendo assim ser usada no campo das pesquisas em saúde, proporcionando significativa contribuição para o direcionamento de ações de saúde mais eficazes às populações mais vulneráveis.

Foram utilizados os bancos de dados sobre número de casos e óbitos por Covid-19 divulgados no site da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão, acessado no dia 15 de novembro de 2021 e dados secundários do boletim epidemiológico da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão, referentes ao período de fevereiro de 2020 a outubro de 2021.

As variáveis analisadas como número de casos por faixa etária, mortalidade por faixa etária e comorbidades foram calculadas a partir do software Excel.

Dispensou-se a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de dados de domínio público e acesso irrestrito, sem a identificação dos participantes.

3 | RESULTADOS

Verificou-se no estado do Maranhão que até o dia 04 de outubro de 2021 foram confirmados por critérios clínicos ou laboratoriais 356.764 casos de Covid-19 e 10.184 óbitos.

Dentre os casos confirmados, a maioria dos infectados foram indivíduos entre 20 a 39 anos, representando 37% dos casos. Identificou-se 17,7% e indivíduos acima dos 60 anos (Tabela 1).

Faixa etária (anos)	n(%)
0 - 9	11.738 (3,3)
10 - 19	26.720 (7,5)
20 - 39	132.257 (37,0)
40 - 59	108.795 (30,5)
Maior que 60	62.958 (17,7)
Não informado	14.296 (4,0)
TOTAL	356.764 (100,0)

Tabela 1- Número de casos confirmados por Covid-19 por faixa etária.

No que se refere à mortalidade, 71,3 % dos óbitos foram de cidadãos acima dos 60 anos, 22,7% idosos entre 60 a 69 anos e 48,6% de maiores de 70 anos (Tabela 2).

Faixa etária	n(%)
0 - 9	33 (0,3)
10 - 19	35 (0,3)
20 - 39	623 (6,1)
40 - 59	2.245 (22,0)
60 - 69	2.299 (22,7)
Maior que 70	4.949 (48,6)
TOTAL	10.184 (100,0)

Tabela 2- Número de óbitos confirmados por Covid-19 por faixa etária.

Os indivíduos que morreram e possuíam comorbidades representaram 80%, sendo as mais prevalentes a Hipertensão Arterial (38,3%), Diabetes Mellitus (26,3%), cardiopatias (9,1) e obesidade (4,5%) (Tabela 3).

Comorbidades	`n° de óbitos(%)
Pneumopatia	406(3,1)
Oncológico	313(2,4)
Obesidade	589(4,5)
Doença renal crônica	512(3,9)
Neurológico	509(3,8)
Cardiopatia	1209(9,1)
Diabetes Mellitus	3492(26,3)
Hipertensão Arterial	5092(38,3)
Outros	1142(8,6)
TOTAL	13.264(100,0)

Tabela 3- Número de óbitos por Covid-19 por tipo de comorbidade.

4 | DISCUSSÃO

O número de casos por Covid-19 no Maranhão representou 7,4% do total de casos da região nordeste, sendo o sexto estado da região com mais número de casos da doença e o quarto com maior número de óbitos até fevereiro de 2022 (CONASS/painelCovid-19).

Barbosa ET al (2020) citam em seu estudo que as áreas mais afetadas pela pandemia de Covid-19 no Brasil no primeiro ano da pandemia são os estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil, consideradas as mais pobres do país.

Sabe-se que o curso de uma pandemia não se propaga de forma igualitária em um país com dimensões como o Brasil. O contexto social, econômico e político para o seu enfrentamento têm um papel na capacidade de enfrentamento da crise. O Brasil é um dos países de maior desigualdade social no mundo, o que amplia a vulnerabilidade de diferentes territórios e populações à pandemia. A região Nordeste configura-se como

a região mais pobre do país e em um ano de pandemia contabilizou 2.922.126 casos de covid-19 e 69.009 óbitos confirmados (dados de 31/03/2021), representando 22,9% dos casos e 21,5% dos óbitos do país e apresentando, ao longo desse período, expressiva variabilidade no tempo e no espaço (KERR et al, 2021)

Esse cenário de condições socioeconômicas, de habitação e infraestrutura torna ainda mais desafiador o enfrentamento da pandemia para os idosos. No Brasil, em sua grande maioria, os indivíduos maiores de 60 anos vivem apenas com a renda per capita de ½ salário mínimo e apresentam baixa escolaridade (MELO *et al,* 2017).

Para Barbosa et al (2020), características sociodemográficas relacionadas à Covid-19 podem impactar positivamente ou negativamente para a configuração da dinâmica da doença no país, além de ser crucial para o desenvolvimento de medidas de enfrentamento da pandemia e minimização dos danos nessa população específica. Uma baixa escolaridade também pode colaborar para ampliar a dificuldade de acesso dos indivíduos aos serviços de saúde, por reduzir sua compreensão do sistema, dificultando o reconhecimento de situações de risco e complicações, comprometendo a procura e utilização dos serviços de saúde.

Desse modo, observa-se o quão desafiadora tem sido a epidemia da Covid-19 para o Brasil e seu sistema de saúde, baseado nos princípios da integralidade, universalidade e equidade, e que vivencia um cenário de desigualdades comprometendo sua organização e eficácia.

Para a população idosa, essas fragilidades são potencializadas. Outro achado do presente estudo é a maior mortalidade por Covid-19 entre os indivíduos maiores de 60 anos. Dos 10.184 óbitos notificados até o dia 04 de outubro de 2021 no estado do Maranhão, mais de 71,3% foram de pessoas acima dos 60 anos e 80% de pessoas acometidas por comorbidade.

Esses dados corroboram com os achados do estudo de Oliveira e colaboradores (2022), que em uma revisão integrativa, todos os estudos selecionados apontaram taxas de mortalidade maior entre a população idosa, situação encontrada no Brasil e no mundo. A presença de comorbidades também foi identificada como um fator de risco para morte, principalmente doenças cardiovasculares e diabetes mellitus.

Almeida et al (2020) encontraram dados semelhantes, onde 66% dos óbitos notificados no estado do Maranhão nos primeiros meses da pandemia (março e abril/2020) foram de pessoas acima dos 60 anos e 78% portadores de comorbidades.

São diversas as variáveis que tornam esse grupo populacional mais propenso à maiores agravos pelo novo Coronavírus. A própria situação socioeconômica da região nordeste, especialmente o Maranhão, um dos estados mais pobres da federação, contribui para dificuldade de acesso e disponibilidade de serviços de saúde (IPEA, 2016).

Ademais, este grupo etário apresenta particularidades referentes ao seu sistema imunológico. A medida que se envelhece as funções das células T e B (células responsáveis

pela resposta imune do corpo humano) tornam-se potencialmente mais defeituosas com produção mais elevada de citocinas do tipo 2, ocasionando assim uma menor eficiência do sistema de defesa, tornando este organismo mais propenso a doenças infecciosas e de maior gravidade(FREITAS e PY, 2017).

Outro fenômeno a ser referido é a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis nessa população, pois com o envelhecimento populacional, tornam-se mais incidentes. Santos (2017), em estudo conduzido em 27 capitais brasileiras sobre doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil identificou que a prevalência de multimorbidade de DCNT´s foi de 13,7% em adultos, aumentando para 42, 9% nos idosos, representando mais um fator de risco que posiciona o idoso em situação de maior vulnerabilidade diante do contexto da pandemia de covid-19.

Diante da necessidade do distanciamento social, medida necessária para conter o avanço da pandemia, tratamentos de saúde foram descontinuados devido à suspensão de serviços de saúde eletivos. Além disso, o medo de comparecer aos hospitais e contrair a infecção fez com que os idosos negligenciassem o cuidado com sua saúde, colocando este grupo etário mais uma vez em situação de fragilidade

É importante ressaltar que, para além das questões fisiopatológicas, destaca-se os impactos psicossociais da Covid-19 na vida da população idosa, que se encontrou em situação de isolamento, diminuição do convívio com familiares e amigos, exposição a noticiários de mortes, UTI´s lotadas, colapsos no sistema de saúde, gerando sentimentos de medo, ansiedade e solidão, provocando repercussões na saúde integral do idoso (HAMMERSCHMIDT e SANTANA, 2020).

Mesmo antes da pandemia, os idosos já compreendiam um dos grupos populacionais que mais sofrem com o isolamento, seja pela exclusão do convívio familiar e social, ou pela perda de sua rede de apoio pelas mortes de cônjuges, parentes, amigos, seja pela diminuição de laços familiares. Os relacionamentos expressivos, valorosos e a rede de apoio configuram como os maiores preditores de satisfação com a vida e de longevidade, contribuindo para o pleno bem estar físico, mental e social (JUNIOR, 2020).

Os idosos são mais propensos às práticas de suicídio, à ansiedade e depressão devido o rompimento de vínculos, perda de apoio social e sentimento de inutilidade (SANTINI, 2020). No contexto da pandemia, com a necessidade de reconfiguração e mudanças de comportamentos necessárias para a contenção da Covid-19, exarcebou o cenário de isolamento social vivenciado pela população idosa, ocasionando efeitos deletérios na saúde mental e abalando sua qualidade de vida (MONTEIRO, FIGUEIREDO e CAYANA, 2021).

A utilização de ferramentas tecnológicas foram amplamente divulgadas com o intuito de amenizar impactos negativos na saúde integral do idoso. No caso da população idosa, além de monitoramento da saúde, o uso dessas tecnologias também teve como propósito amenizar os impactos psicológicos e sociais negativos decorrentes do isolamento social,

buscando manter a comunicação e possibilitar aproximação entre família e amigos. Porém, como a maioria da população idosa brasileira apresenta baixa escolaridade e dificuldade no manuseio desses recursos, essa situação os manteve mais distante das pessoas de seu convívio (ROLANDI *et al.,* 2020).

Os idosos possuem características e peculiaridades próprias, além da complexidade do processo de envelhecimento e os dados epidemiológicos e fatores de risco apresentados reforçam a necessidade desse conhecimento para que o sistema de saúde, profissionais e gestores estejam preparados para o cuidado ao idoso em tempos de pandemia e fora deste, ofertando assim assistência segura e de qualidade.

5 | CONCLUSÃO

Os idosos constituem o grupo populacional mais vulnerável à Covid-19 e com maior taxa de óbitos, confirmando dados da literatura que relata alta taxa de mortalidade pelo Coronavírus neste grupo etário. As comorbidades apresentam impacto significativo no desfecho negativo da doença, o que pode estar relacionado às alterações fisiológicas do envelhecimento e suscetibilidade a infecções devido a imunosenescência e doenças prevalentes.

É fundamental compreender e contextualizar, através de um conjunto de dados e indicadores, sua evolução, dinâmica e respostas das pessoas no contexto da pandemia. É indispensável no controle da disseminação da Covid-19 , conter a fonte de infecção, interromper a rota de transmissão e proteger as pessoas mais suscetíveis. Com este intuito, reforça-se a necessidade do planejamento da assistência à saúde embasada no conhecimento técnico-científico.

O Enfermeiro tem papel fundamental no processo do cuidado gerontológico, atuando principalmente na identificação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Destaca-se a relevância em conhecer a vulnerabilidade da população idosa à Covid-19 e os riscos relacionados que possam embasar a elaboração de um plano de cuidados qualificado e robusto, visando a manutenção da qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

AHMED, Md Zahir; AHMED, Oli; AIBAO, Zhou *et al*. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. **Asian J Psychiatr.** 2020;2020;51:102092. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092

ALMEIDA, Joelson dos Santos; CARDOSO, Jonas Alves; CORDEIRO, Eduardo Costa *et al*. Caracterização epidemiológica dos casos de Covid-19 no Maranhão: uma breve análise. **SciELO Preprints**. 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.314. Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/314. Acesso em: 20 2022.

BARBOSA, Isabella Ribeiro; GALVÃO, Maria Helena Rodrigues; SOUZA, Talita Araújo de *et al*. Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. **Rev.Bras.Geriatr.Gerontol**. vol.23, n.1,2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde**. Brasília, p. 1-40, maio/2020. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf. Acesso em 20 de out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019-nCoV).** Brasília Acesso em 22 mai 2022. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 131 p.

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2017.

GARCIA, Luan Augusto Alves; SANTOS, Álvaro da Silva. A pandemia COVID-19 e as repercussões na atenção à saúde do idoso brasileiro. **Revista Família, ciclos de vida e Saúde no contexto social**, [*s. l.*], v. 8, p. 334-337, 2020. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/4979/497963985018/497963985018.pdf. Acesso em: 29 maio 2022.

GEMELLI, Against; COVID-19 Geriatric Team; LANDI, F.; BARILLARO, C. *et al.* The New Challenge of Geriatrics: Saving Frail Older People from the SARS-COV-2 Pandemic Infection. **J Nutr Health Aging.** 24**,** 466–470 (2020). https://doi.org/10.1007/s12603-020-1356-x

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; SANTANA, Rosimeire Ferreira. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. **Cogitare enferm**. 2020. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849/pdf. Acesso em 25mai 2022.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras [internet]**. Brasília, DF:2016. Acesso em : 31 mai 2022. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/50

JUNIOR, Mauro Dias Silva. Vulnerabilidades da população idosa durante a pandemia pelo novo coronavírus. **Rev Bras. Geriatr. Gerontol**. v. 23, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/jpMqfmC6tvsz3MjHLy8D5kw/?lang=pt. Acesso em 04 set 2021

KERR, Ligia Regina Franco Sansigolo; KENDALL, Carll; ALMEIRA, Rosa Lívia Freitas de *et al*. Covid-19 no Nordeste do Brasil: primeiro ano de pandemia e incertezas que estão por vir. **Rev Saude Publica**. 2021;55:35. https://doi.org/10.11606/s1518- 8787.2021055003728

MARANHÃO, Secretaria de Estado da Saúde (2021). **Boletim Epidemiológico Covid-19**. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/BOLETIM-10-09.pdf. Acesso em 27mai 2022.

MELO, Natalia Calis Vais de; FERREIRA, Marco Aurélio Marques; TEIXEIRA, Karla Maria Damiano. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Oikos**. Vol 25, n. 1, 2014. p. 4-19.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV).** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 29 mai 2022]. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologicoSVS-04fev20.p

MONTEIRO, Iane Verônica de Lima; FIGUEIREDO, Juliana Freita Caetano de; CAYANA,Ezymar Gomes. Idosos e saúde mental: impactos da pandemia Covid-19. **Brazilian Journal of Health Review.** Curitiba, v. 4,, n.2, 2021.

OLIVEIRA, Rayanne Alves de; NETO, Marcelino Santos; FERREIRA, Adriana Gomes Nogueira *et al*. Fatores de risco e distribuição espacial dos óbitos por COVID-19: revisão integrativa. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 12, n. 1, 2022. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/17124. Acesso em: 31 maio 2022.

SANTINI, Ziggi Ivan *et al*. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 1, p. e62-e70, 2020.

SANTOS, Marina Christofoletti dos. **Multimorbidade de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prevalência e associação com indicadores sociodemográficos, de atividade física e de comportamento sedentário em adultos e idosos**. 2017. 146 f. Dissertação (Programa de pós graduação em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/178333. Acesso em: 1 jun. 2022.

SILVA, Alexandre Moreira de; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo; SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de *et al*. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultado do ELSI-Brasil. **Rev. Saúde Pública**. Out (52), supl.2,2018.

CAPÍTULO 24

USO DA TECNOLOGIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA COM DOENÇA DE ALZHEIMER: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 04/07/2022
Data de submissão: 07/06/2022

Maria Eduarda de Almeida
Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/1682796368446486

Leonardo Mendes Santos
Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/9313842560868935

Hêmily Filippi
Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/1434360467806776

Graciela de Brum Palmeiras
Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/6462824034388754

RESUMO: A doença de Alzheimer é a forma mais frequente de demência, necessitando de cuidados complexos e auxílio para as atividades do dia a dia, sendo assim, as gerontecnologias são grandes aliadas no cuidado à pessoa idosa e ao familiar/cuidador. O estudo objetivou identificar a partir das produções científicas publicadas as tecnologias utilizadas no cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer. Optou-se por uma revisão integrativa da literatura, a busca pelos artigos ocorreu durante os meses de agosto e setembro de 2021, utilizando os descritores em ciências da Saúde (DeCS) "Idoso" AND "Tecnologia" AND "Doença de Alzheimer". Foi consultado o Portal da BVS, que abrangeu as bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE. Da mesma maneira foi consultado a plataforma PubCovid-19, utilizado como chave de pesquisa: Comunicação e Informação, Idosos e Saúde Mental, que incluiu artigos das bases de dados PubMed e EMBASE. A amostra final foi composta por sete artigos, foi identificado a importância do desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde que compreendam a utilização de tecnologias e gerontecnologias no cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Doença de Alzheimer. Tecnologia. Comunicação e Informação. Covid-19.

USE OF TECHNOLOGY ON THE CARE OF ELDERLY PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Alzheimer's disease is the most frequent form of dementia, requiring complex care and assistance with day-to-day activities, thus, gerontechnologies are great allies in the care of elderly and the family/caregiver. The study aimed to identify, from the published scientific productions, the technologies used in the care of the elderly with Alzheimer's disease. An integrative literature review was chosen, the search for articles took place during the months of August and September 2021, using the descriptors in health Sciences (DeCS) "Elderly" AND "Technology" AND "Alzheimer's

Disease". The BVS Portal was consulted, which covered the LILACS, BDENF and MEDLINE databases. In the same way, the PubCovid-19 platform was consulted, used as a search key: Communication and Information, Elderly and Mental Health, which included articles from the PubMed and EMBASE databases. The final sample consisted of seven articles, identifying the importance of developing strategies for health promotion that include the use of technologies and gerontechnologies in the care of the elderly with Alzheimer's disease.
KEYWORDS: Aged. Alzheimer Disease. Technology. Communication and Information. COVID-19.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é um fenômeno natural que está ocorrendo de forma rápida e progressiva no mundo todo no decorrer dos últimos anos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que a parcela da população brasileira que mais aumenta é a de idosos, resultante do aumento da expectativa de vida e da redução da taxa de fecundidade e natalidade (BORGES *et al.*, 2017).

O envelhecer está relacionado a diversas formas de mudanças e alterações, entre elas o declínio funcional e cognitivo, contribuindo para o aparecimento das demências. A doença de Alzheimer é a forma mais frequente de demência, necessitando de cuidados e auxílio para as atividades cotidianas e reorganização da rotina (ABRAZ, 2019). Diante deste contexto, surge um grande desafio para os familiares e cuidadores, afinal, as demências não afetam apenas a pessoa com o diagnóstico da doença, mas toda a estrutura familiar e social à sua volta.

O idoso com doença de Alzheimer necessita de cuidados complexos e acompanhamento integral, sendo assim, gerontecnologias são desenvolvidas pelos familiares/cuidadores para auxiliar nas desordens vivenciadas durante o avanço da doença, buscando aprimorar o cuidado com a pessoa idosa. Destaca-se que as gerontecnologias podem ser divididas tanto na forma de produto, quanto na forma de processo/ conhecimento/ estratégia (ILHA *et al.*, 2020).

Nesta perspectiva a gerontecnologia vem sendo uma grande aliada no cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer e outras demências. A gerontecnologia é compreendida como o estudo das tecnologias relacionadas ao envelhecimento, adaptando recursos de saúde, habitação, mobilidade, comunicação, lazer e trabalho dos idosos, de forma a que estes possam facilitar atividades diárias, reduzir o avanço da doença e proporcionar uma vida saudável e digna (SBGTEC, 2020).

Na atualidade, estamos vivenciando a pandemia da COVID-19, e com isso medidas restritivas mudaram completamente a rotina dos idosos, familiares e cuidadores, uma vez que precisaram recorrer a informação e a comunicação, por meio da tecnologia como estratégia para minimizar os danos causados pelo isolamento social. Em alguns casos a ausência de convívio social e de estímulos cognitivos podem gerar graves consequências,

sendo assim um fator de risco para o desenvolvimento de demências (VASCONCELOS, 2021).

O isolamento social afetou a saúde mental da população, sendo necessárias alternativas para relações reais, mesmo que virtuais. Sendo assim, estamos vivendo uma epidemia de demências no mundo e que poderá se agravar ainda mais em consequência da pandemia, pois, 50 milhões de pessoas vivem com demência no planeta, e esse número deve ultrapassar 150 milhões em 2050 (VASCONCELOS, 2021).

Considerando o exposto, a pergunta que moveu a pesquisa foi: Quais são as tecnologias utilizadas na atualidade no cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer? E para dar conta de responder essa pergunta, definiu-se o seguinte objetivo: Identificar a partir das produções científicas publicadas as tecnologias utilizadas no cuidado a pessoa idosa com doença de Alzheimer.

2 | METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, optou-se por uma revisão integrativa da literatura, que tem por finalidade a reunião, análise e síntese dos resultados de pesquisas, de forma sistemática e ordenada, buscando desenvolver um conhecimento ampliado e aprofundado dos assuntos abordados (GIL, 2010). Diante desta perspectiva, para a realização da revisão integrativa foram seguidas seis etapas distintas tendo como referencial os estudiosos desse método: a) identificação do tema e elaboração da questão norteadora do estudo; b) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos (busca na literatura); c) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (categorização dos estudos); d) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; e) interpretação dos resultados e f) apresentação da revisão (síntese do conhecimento) (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A Figura 1 apresenta de forma sucinta essas etapas.

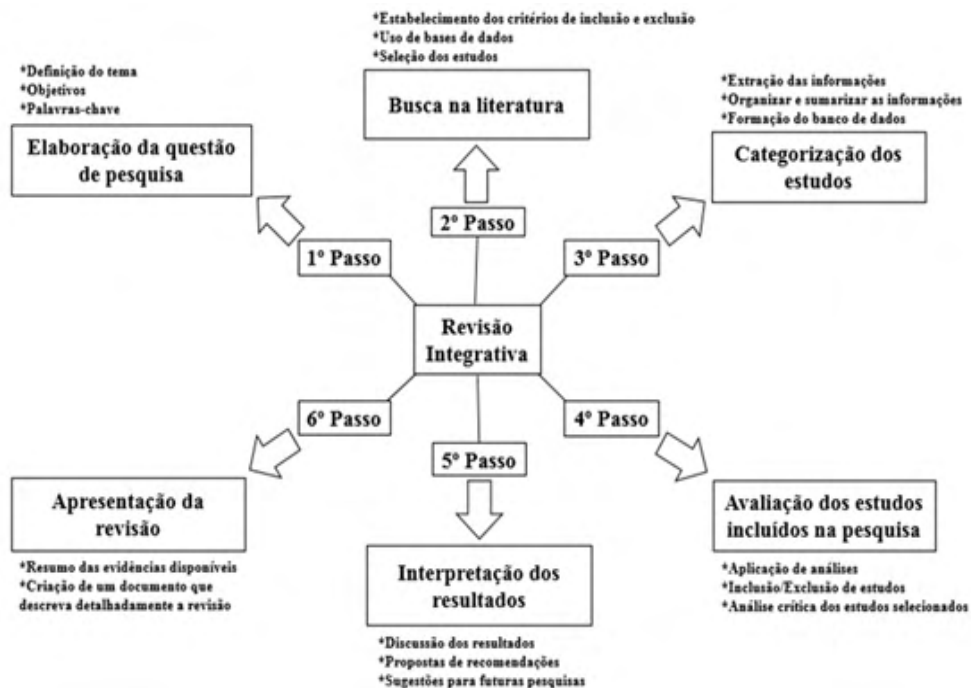



Figura 1 Etapas da Revisão integrativa

Fonte: MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008.

A busca dos artigos científicos nas bases de dados se deu por meio dos descritores em ciências da Saúde (DeCS) previamente estabelecidos e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa, juntamente com o operador booleano “AND”: “Idoso” AND “Tecnologia” AND “Doença de Alzheimer” e “Aged” AND “Technology” AND “Alzheimer Disease”. Referente a busca, foi consultado o Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrangeu as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). A busca dos artigos nas respectivas bases, ocorreram entre os meses de agosto e setembro de 2021, foram selecionados artigos na língua portuguesa e inglesa com período de publicação dos anos de 2016 a 2021.

Também foi consultada a plataforma PubCovid-19, que apresenta os artigos publicados sobre COVID-19, indexados nas bases de dados PubMed e EMBASE. A atualização nesta plataforma é efetuada diariamente e os artigos são classificados por área temática a partir da leitura do título e abstract. Em cada tema os artigos são apresentados por data de indexação, estando primeiro os mais recentes e permitindo a escolha de até três temas para fazer a pesquisa simultaneamente. Os critérios de seleção incluíram como chave de pesquisa: Comunicação e Informação, Idosos e Saúde Mental.

Todos os artigos selecionados obedeceram aos critérios de inclusão: indexação de

estudos nas respectivas bases de dados, estar disponível *online* para leitura na íntegra, em língua portuguesa e inglesa; ter sido publicado no período pré-estabelecido, responder à questão norteadora e estar em conformidade com o tema e objetivo do estudo. Os critérios de exclusão foram: artigos indisponíveis para leitura na íntegra, estudos que não eram gratuitos, aqueles repetidos em mais de uma base de dados foram contabilizados como apenas um, além de dissertações, teses e artigos de revisão de literatura.

Os dados foram organizados em dois quadros no *software Microsoft Office Word* 2013 com as seguintes variáveis: ano da publicação, periódico, autores e título do artigo (Quadro 1), objetivo do estudo, delineamento do método, principais resultados obtidos e conclusões (Quadro 2). A Figura 2 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos estudos.

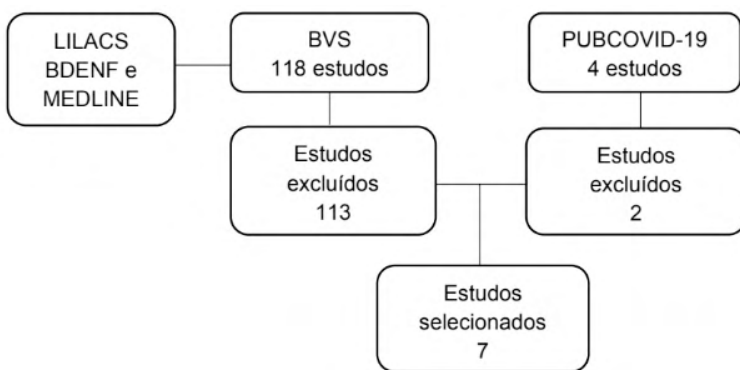



Figura 2 Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Foram analisados, minuciosamente, os estudos selecionados, para evidenciar os resultados similares ou não similares entre eles, agrupando-se os dados por meio da técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). Após sucessivas leituras dos artigos, desenvolveu-se a interpretação e a discussão dos resultados, de acordo com a comparação entre os estudos efetuados. Apresentou-se a revisão do estudo, que consiste na produção do documento que expõe as etapas exploradas para alcançar os resultados, segundo as referências coletadas.

3 | RESULTADOS

A amostra final deste estudo foi composta por sete artigos. Para a análise dos dados constituiu-se dois quadros analíticos com as informações extraídas dos estudos selecionados, incluindo dois quadros no software *Microsoft Office Word* 2013 incluindo ano da publicação, periódico, autores e título do artigo (Quadro 1), objetivo do estudo,

delineamento do método, principais resultados obtidos e conclusões (Quadro 2).

Código	Ano	Periódico	Autores	Título
A_1	2019	Revista de Enfermagem UFPE On Line	CAMACHO, A. *et al.*	Tecnologia educacional interativa sobre cuidados a idosos com demências
A_2	2018	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	SCHMIDT, M. *et al.*	Challenges and technologies of care developed by caregivers of patients with Alzheimer's disease
A_3	2018	Texto e Contexto Enfermagem	ILHA, S. *et al.*	Gerontotecnologias utilizadas pelos familiares/cuidadores de idosos com Alzheimer: contribuição ao cuidado complexo
A_4	2017a	Revista Brasileira de Enfermagem	ILHA, S. *et al.*	Complex educational and care (geron) technology for elderly individuals/families experiencing Alzheimer's disease
A_5	2017b	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem	ILHA, S. *et al.*	Educational and care-related (geronto) technology in Alzheimer's disease and in supporting the elderly/family: perspective of teachers and students
A_6	2020	The American Journal of Geriatric Psychiatry	VAN ORDEN, K. *et al.*	Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During "Social Distancing" Restrictions
A_7	2020	Journal of Applied Gerontology	NAKAGOMI, A. *et al.*	Can Online Communication Prevent Depression Among Older People? A Longitudinal Analysis

Quadro 1 Artigos selecionados para a revisão.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Código	Objetivos	Delineamento do método	Resultados	Conclusão
A_1	Apresentar o desenvolvimento de um *blog* interativo sobre os cuidados a idosos com doença de Alzheimer (DA) e outros transtornos demenciais como tecnologia educacional.	Estudo qualitativo, realizado a partir do projeto de extensão "Cuidados à Pessoa com Doença de Alzheimer", desenvolvido por uma universidade federal.	Grande motivação para as famílias dos idosos, o interesse de apoiar pesquisas com eficácia nas informações e a integração das descobertas atualizadas sobre o assunto.	Identifica-se a construção do *blog* como uma tecnologia educacional que proporciona o desenvolvimento de ambientes de aprendizagem sobre a DA e outros transtornos demenciais.
A_2	Conhecer através do grupo de ajuda mútua de um hospital universitário os desafios e tecnologias de cuidado desenvolvidas por cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer.	Estudo qualitativo, com nove cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer, por meio de entrevista semiestruturada.	A partir da análise dos dados separou-se duas categorias: Desafios enfrentados por cuidadores de idosos com a Doença de Alzheimer e Tecnologias de cuidado desenvolvidas por cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer.	As estratégias de cuidado elaboradas pelos cuidadores podem estimular a compreensão, reflexão e discussão entre os profissionais da saúde, cuidadores e familiares quanto ao cuidado de qualidade ao idoso.

A_3	Identificar gerontecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares e cuidadores como estratégias de cuidado à pessoa idosa/família com doença de Alzheimer.	Estudo qualitativo, com 13 familiares e cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, por meio de entrevista semiestruturada.	Identificaram-se gerontecnologias utilizadas pelos familiares e cuidadores, com relação ao esquecimento da própria casa/caminho de casa; à não aceitação do banho; à repetição e irritabilidade; à medicação; ao dinheiro; ao risco de queda; ao controle dos cuidados.	Os familiares e cuidadores de pessoas idosas com DA vivenciam dificuldades nos aspectos físico, mental e social, para as quais desenvolvem gerontecnologias na forma de produto e de processo (conhecimento e estratégia) para auxiliá-los no cuidado e na convivência com a pessoa idosa.
A_4	Descrever as contribuições dos familiares e cuidadores que frequentam o grupo de Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Doença de Alzheimer (AMICA).	Estudo qualitativo, com 13 familiares e cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, por meio de entrevista semiestruturada.	É referido como contribuições do Grupo a educação e o cuidado para o futuro e a troca, a socialização e construção do conhecimento por meio dos diversos saberes existentes no grupo.	O Grupo contribui como gerontecnologia de cuidado e educação para o cuidado.
A_5	Conhecer a compreensão de docentes e discentes quanto ao entendimento do grupo de Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Doença de Alzheimer (AMICA) como uma gerontecnologia	Estudo qualitativo, com 16 docentes e discentes que participavam do AMICA, por meio de grupo focal.	Os participantes entendem que o grupo seria um tipo de gerontecnologia devido as ações de educação e cuidado que são realizadas.	Precisa-se repensar o Grupo como uma gerontecnologia cuidativo-educacional complexa, fortalecendo-o para o desenvolvimento de novas tecnologias.
A_6	Abordar a criação de um “Plano de Conexões” com estratégias cognitivas comportamentais para promover a conexão social entre as pessoas idosas que permanecem em suas casas devido as restrições de distanciamento social durante a pandemia de COVID-19.	Estudo qualitativo, com três pessoas idosas, por meio de relato de experiência.	Mudança de perspectiva, enfrentamento da ansiedade e solução de novos modos de conexão. Esse plano de conexões é fornecido durante breves chamadas telefônicas. Os resultados desse estudo referem uma melhora significativa na motivação, no humor e na satisfação pessoal; há também melhoria no sentimento de solidão, preocupação e ansiedade.	A estrutura cognitivo-comportamental para conexão social, apresentada ilustra as aplicações eficazes do cuidado centrado no paciente por médicos de saúde mental, destacando a importância de conhecer os valores e preferências do paciente.

A_7	Avaliar categorias específicas de uso da *internet* entre pessoas com 65 anos ou mais e como cada uma se relaciona com a incidência de depressão.	Estudo quantitativo de análise longitudinal, com 12.333 pessoas idosas, por meio de questionário e Escala de Depressão Geriátrica (GDS).	A comunicação *online* pode ser de grande utilidade na pandemia de COVID-19, pois muitas famílias estão geograficamente distantes e/ ou socialmente afastadas, ou seja, a comunicação *online* pode ser um aliado na prevenção da depressão entre pessoas idosas.	O uso da *internet* para comunicação teve uma influência positiva sobre a probabilidade de desenvolver depressão clínica.

Quadro 2 Caracterização dos estudos incluídos na revisão.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

4 | DISCUSSÃO

O método de análise da revisão integrativa baseou-se na categorização das informações coletadas na amostra final dos artigos. Assim, os dados foram interpretados e agrupados em duas categorias para compreensão do fenômeno: O uso de gerontecnologias pelos familiares/cuidadores da pessoa idosa com doença de Alzheimer e o uso de tecnologias pelos familiares/cuidadores/profissionais durante a pandemia de Covid-19.

4.1 O uso de gerontecnologias pelos familiares/cuidadores da pessoa idosa com doença de Alzheimer

As tecnologias utilizadas no cuidado à pessoa idosa, também conhecidas por gerontecnologias, são grandes aliadas na reorganização do cotidiano do idoso com doença de Alzheimer e seus familiares/cuidadores, pois através das estratégias aplicadas é possível proporcionar melhorias na qualidade de vida de quem convive diariamente com a doença (A4; A3; A2).

As gerontecnologias são desenvolvidas pelos familiares e cuidadores a partir da necessidade da pessoa idosa, elas se referem as estratégias funcionais e práticas, sendo apresentadas tanto na forma de processo (conhecimento/estratégias), quanto na forma de produto (A3).

As gerontecnologias na forma de processo são utilizadas a fim de promover o diálogo, a estimulação de lembranças, a distração referente a repetição ou agressividade por parte da pessoa idosa e negociação para a realização de atividades, buscando sempre reduzir o estresse e a irritabilidade. Quanto a forma de produto, são voltadas a reorganização do dia a dia da pessoa idosa e seus familiares/cuidadores, pois além da prática de atividades manuais e de entretenimento para manter o idoso tranquilo e envolvido são desenvolvidos dispositivos para controle de medicações, barras de apoio, relatório de cuidados diário, entre outros (A3).

Para nortear a discussão da primeira categoria foram selecionados cinco estudos

qualitativos, dois deles foram desenvolvidos com a participação de docentes e discentes universitários, dois com a participação de familiares e cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer e apenas um com a participação de cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer. Destes cinco artigos, três foram realizados a partir de entrevista semiestruturada, um a partir de grupo focal e um a partir de projeto de extensão universitária.

Destes estudos, um foi realizado com nove participantes do Grupo de Ajuda Mútua (GAM) da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), no estado de Santa Catarina e o outro com 13 participantes do grupo Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com a Doença de Alzheimer (AMICA), no estado do Rio Grande do Sul. No que se refere a estes estudos os participantes são familiares ou cuidadores entre 30 e 70 anos, 13 do sexo feminino e nove do sexo masculino. Estes estudos buscaram identificar tecnologias e gerontecnologias de cuidado desenvolvidas por familiares e cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer (A3, A2).

Conforme as tecnologias/gerontecnologias referentes a adaptação de móveis e/ou equipamentos foram referidas pelos familiares e cuidadores a instalação de barras de apoio ou corrimão no banheiro e na casa, grades protetoras nas laterais da cama, troca de colchão para diminuir a altura da cama, instalação de pisos antiderrapantes e a retirada de tapetes no domicílio, com a finalidade de prevenir quedas (A3, A2). Do mesmo modo, ocorreu a retirada do box de vidro do banheiro, visando prevenir possíveis acidentes e a instalação de torneiras automáticas, evitando o esquecimento de fechá-las (A2).

No que se refere as tecnologias/gerontecnologias relacionadas aos medicamentos, desenvolveram-se dispositivos em potes para separar as medicações em dias da semana/horários e a identificação de cartelas de comprimidos com caneta permanente, desta forma evita-se tomar duas vezes o mesmo fármaco por esquecimento, proporcionando autonomia a pessoa idosa com DA (A3). Referente a administração de medicamentos foi aconselhado triturar os comprimidos e associá-los a alimentos com o intuito de facilitar a aceitação (A2).

Quanto a tecnologias/gerontecnologias pertinentes a não aceitação da higiene foi sugerido a utilização de lençol impermeável na cama, uso de cadeira de banho e aquecedor de ambiente, (A2) jogo de competição no modelo de calendário para banho e aproveitamento de situações prazerosas, como por exemplo ir à igreja, para auxiliar no aceite da higiene corporal (A3).

No que se refere a gerontecnologias desenvolvidas quanto ao esquecimento de destinos ou da própria casa, foram empregados crachás ou pulseiras de identificação do idoso e contato telefônico de seu familiar/cuidador, também sendo realizado diálogo com vizinhos próximos em relação a DA para que o idoso receba auxílio a retornar para casa em momentos de esquecimento (A3).

Conforme as tecnologias/gerontecnologias referentes a repetição e irritabilidade, empregaram-se o manuseio de massa de modelar, novelo de linha, crochê, músicas, quebra cabeças, plantas e bonecas como entretenimento para retirá-los do foco em que

se mostram repetitivos, irritados ou confusos (A3, A2). Também há uma gerontecnologia relacionada ao dinheiro, a qual é realizada através da substituição das notas de alto valor por notas de valores menores, pois proporciona autoestima e sentimento de independência a pessoa idosa com DA (A3).

Perante o exposto é possível constatar que familiares e cuidadores de pessoas idosas com DA enfrentam múltiplos desafios no seu cotidiano referente às atividades de vida diária. Portanto, além das tecnologias e gerontecnologias de cuidado utilizadas, são desenvolvidas tecnologias e gerontecnologias educacionais, objetivando compartilhar informações sobre a DA, cuidados específicos e suporte ao cuidador, proporcionando o diálogo e a troca de experiência entre quem convive diariamente com a doença (A4; A5; A1).

Nesta perspectiva, os estudos que se referem ao grupo AMICA apresentam-se como uma gerontotecnologia cuidativo-educacional complexa. Um destes estudos foi desenvolvido com 16 participantes, sendo sete docentes e nove discentes, dos quais 12 são do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com idades entre 18 a 58 anos. O outro estudo foi realizado com 13 familiares/cuidadores, sendo cinco do sexo feminino e oito do sexo masculino, com faixa etária entre 30 a 66 anos (A4, A5).

Quem convive diariamente com a doença de Alzheimer vivencia a ordem e a desordem a todo momento, desse modo, o AMICA tem criado estratégias educacionais para auxiliar os familiares e cuidadores a compreender a doença e se reorganizarem para melhorar a forma de cuidado à pessoa idosa. Sendo assim, o grupo se caracteriza como gerontecnologia de cuidado e educação devido sua ampla capacidade de abranger e construir conhecimentos no que se refere a DA, auxiliar na organização para o futuro da família, troca, socialização e construção de aprendizagens, que aplicados na prática melhoram a qualidade de vida da pessoa idosa (A4, A5).

Diante disso, com finalidade de divulgar conhecimentos, desenvolveu-se um *blog* acerca de cuidados a idosos com doença de Alzheimer e outros transtornos demenciais como tecnologia educacional, a página possui 60 seguidores e a faixa etária é de 18 a 34 anos, 87% são do sexo feminino e 13% do sexo masculino. Destaca-se também que a publicação mais acessada é "O que você sabe sobre Alzheimer?", evidenciando o interesse social em saber mais sobre a doença (A1).

Assim como os grupos cuidativo-educacionais, o *blog* possibilita o acesso a informações confiáveis sobre a DA e demais demências de maneira simples e prática, demonstrando o quanto as tecnologias e a adaptação *online* como recurso para comunicação e informação são essenciais em nosso dia a dia (A1).

4.2 O uso de tecnologias pelos familiares/cuidadores/profissionais durante a pandemia de Covid-19

Os estudos incluídos nesta categoria abordaram a importância da utilização de

tecnologias para promover a conexão social de pessoas idosas na tentativa de mitigar a solidão, a tristeza e a depressão durante o período de distanciamento social. Sendo assim, apresenta-se dois estudos, um de abordagem qualitativa e o outro quantitativa. Um deles foi realizado a partir do relato de experiência de três pessoas idosas e o outro por meio de questionário estruturado, com a participação de 12.333 idosos (A7, A6).

Durante a pandemia de Covid-19 os idosos se apresentam como o grupo de risco mais vulnerável devido à idade avançada e problemas de saúde, deste modo, o distanciamento social vem sendo uma das medidas estratégicas mais eficazes para controlar a disseminação do vírus. Diante disso, estratégias precisaram ser criadas para adaptação ao uso de *internet* para comunicação, busca por informações e entretenimento, visando o bem-estar mental da pessoa idosa (A7, A6).

Em vista dessa nova realidade que estamos vivenciando, médicos da área da saúde mental desenvolveram os “Planos de conexões”, que por meio de ligações telefônicas é possível criar estratégias e elaborar recursos para que a pessoa idosa permaneça em contato social através de recursos tecnológicos, objetivando amenizar a solidão e a tristeza (A6). Neste caso, o uso da *internet* para manter a comunicação com pessoas próximas pode ser capaz de prevenir o desenvolvimento de depressão clínica entre pessoas idosas (A7).

No Japão, um estudo avaliou o uso da *internet* em 12.333 pessoas com 65 anos ou mais e como cada uma dessas pessoas se relaciona com a incidência de depressão. Destaca-se que, das pessoas idosas que não utilizam a *internet*, 11,7% desenvolveram depressão clínica, enquanto 7,7% dos usuários que a utilizam desenvolveram. Para o propósito de comunicação com família e amigos, 6,4% desenvolveram depressão clínica, enquanto 7,4% a 12,5% dos usuários de *internet* para outros fins desenvolveram depressão (A7).

Diante do exposto, entende-se a necessidade e a importância da inclusão da pessoa idosa nos meios tecnológicos, proporcionando alívio do sentimento de tristeza e solidão, bem-estar mental, entretenimento e autonomia.

5 | CONCLUSÃO

O estudo possibilitou comprovar a importância do desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde que englobam a utilização de tecnologias e gerontecnologias no cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer, buscando assim melhorias na qualidade de vida de quem convive diariamente com a doença. As limitações deste estudo referem-se principalmente à escassez de bibliografias sobre as gerontecnologias utilizadas no cuidado ao idoso com DA antes e durante a pandemia da COVID-19, pois sabe-se que são desenvolvidas muito mais tecnologias de cuidado do que são publicadas. Sendo assim, sugere-se que sejam desenvolvidos e aprofundados estudos futuros com foco

nas tecnologias utilizadas pelas pessoas idosas e seus familiares/cuidadores no decorrer da pandemia, a fim de conhecer de forma mais aprofundada como foi conviver com o distanciamento social com estas pessoas.

REFERÊNCIAS

ABRAZ. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **O que é Alzheimer**. 2019. Disponível em: https://abraz.org.br/2020/sobre-alzheimer/o-que-e-alzheimer-2/. Acesso em: 13 set. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BORGES, E. *et al.* O envelhecimento populacional: um fenômeno mundial. In: DANTAS, Estélio Henrique Martin; (Santa Catarina) (org.). **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade**. Joaçaba: Unoesc, 2017. Cap.1. p. 17-46. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/ebooks/Aspectos_Biopsicossociais_do_envelhecimento.pdf. Acesso em: 13 set. 2021.

CAMACHO, A. C. L. F. *et al.* **Tecnologia Educacional Interativa Sobre Cuidados a Idosos Com Demências**. Revista de Enfermagem UFPE On Line, [Niterói, RJ], v. 13, n.1, p. 249-254, jan. 2019. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1007578. Acesso em: 26 set. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ILHA, S. *et al.* **(Geronto)Tecnologias cuidativas para pessoas idosas com doença de Alzheimer e suas famílias: contribuição de oficinas de sensibilização/ capacitação**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [S.l.], v. 23, n.3, p. 1-11, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/wjqZrDWNckGGRtCNkP5dQ5d/?lang=pt. Acesso em: 11 set. 2021.

ILHA, S. *et al.* **Complex educational and care (geron)technology for elderly individuals/families experiencing Alzheimer's disease.** Revista Brasileira de Enfermagem, [S.l.], v. 70, n. 4, p. 726-732, ago. 2017a. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-28793101. Acesso em: 26 set. 2021.

ILHA, S. *et al.* **Educational and care-related (geronto) technology in Alzheimer's disease and in supporting the elderly/family: perspective of teachers and students.** Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 1-8, 2017b. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-840464. Acesso em: 26 set. 2021.

ILHA, S. *et al.* **Gerontotecnologias utilizadas pelos familiares/cuidadores de idosos com Alzheimer: contribuição ao cuidado complexo**. Texto & Contexto - Enfermagem, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 1-11, 3 dez. 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979412. Acesso em: 26 set. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Revista Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 de ago. 2021.

NAKAGOMI, A. *et al.* **Can Online Communication Prevent Depression Among Older People? A Longitudinal Analysis**. Journal of Applied Gerontology, [S.l.], p. 1-9, 24 dez. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33356760/. Acesso em: 31 ago. 2021.

SBGTEC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERONTECNOLOGIA. ***Gerontecnologia:*** **a tecnologia como ferramenta fundamental para o cuidado à saúde frente à pandemia do covid-19 – e futuros**. 2020. Disponível em: https://www.sbgtec.org.br/. Acesso em: 13 set. 2021.

SCHMIDT, M. S. *et al*. **Challenges and technologies of care developed by caregivers of patients with Alzheimer's disease**. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Florianópolis, v. 21, n. 5, p. 579-587, out. 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-977759. Acesso em: 26 set. 2021.

VAN ORDEN, K. A. V. *et al*. **Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During 'Social Distancing' Restrictions**. The American Journal of Geriatric Psychiatry, [S.l.], v. 29, n. 8, p. 816-827, ago. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32425473/. Acesso em: 31 ago. 2021.

VASCONCELOS, M. **Como covid-19 deve acelerar epidemia de demência no mundo**. 2021. BBC NEWS BRASIL. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/geral-58312525. Acesso em: 8 set. 2021.

CAPÍTULO 25

TRATAMENTO DE TUBERCULOSE LATENTE EM ADOLESCENTE ACOMPANHADO PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 04/07/2022
Data de submissão: 07/06/2022

Nívea Aparecida de Almeida
Doutoranda em Ciências da Saúde-Universidade Federal de São João del-Rei
Divinópolis – MG
https://orcid.org/0000-0002-7910-3031

Gilcélia Correia Santos Bernardes
Doutoranda em Ciências da Saúde-Universidade Federal de São João del-Rei
Divinópolis – MG
https://orcid.org/0000-0002-2839-2443

Fernanda Henriques Rocha Ribeiro
Doutoranda em Ciências da Saúde-Universidade Federal de São João del-Rei
Divinópolis – MG
https://orcid.org/0000-0003-1523-8866

Ana Paula Nogueira Godoi
Doutoranda em Ciências da Saúde-Universidade Federal de São João del-Rei
Divinópolis – MG
https://orcid.org/0000-0002-9158-3218

Flavya Leticia Teodoro Santos
Médica Residente no Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais
Belo Horizonte – MG
http://lattes.cnpq.br/8105942717651598

Bruna Raiane Dias
Enfermeira especialista em Atenção Básica/Saúde da família-Universidade Federal de São João del-Rei
Divinópolis – MG
http://lattes.cnpq.br/5997656194155136

Denner Henrique Isaias Souza
Mestre em ciências farmacêuticas-Universidade Federal de São João del-Rei
Divinópolis – MG
https://orcid.org/0000-0002-2174-7707

Isabella Viana Gomes Schettini
Doutoranda em Ciências da Saúde-Universidade Federal de São João del-Rei
Divinópolis – MG
http://lattes.cnpq.br/2960591410444401

Rommel Larcher Rachid Novais
Doutorando em Ciências da Saúde-Universidade Federal de São João del-Rei
Divinópolis – MG
https://orcid.org/0000-0002-6433-5454

Paulo Henrique Araújo Soares
Doutorando em Ciências da Saúde-Universidade Federal de São João del-Rei
Divinópolis – MG
https://orcid.org/0000-0002-7086-9233

Wander Valadares de Oliveira Júnior
Doutor em Ciências da Saúde-Universidade Federal de São João del-Rei
Divinópolis – MG
ORCID: 0000-0001-9784-918X

Patrícia Costa Souza de Sá
Mestranda em ciências farmacêuticas-Universidade Federal de São João del-Rei
Divinópolis – MG
http://lattes.cnpq.br/8242968721519280

RESUMO: Introdução: A Tuberculose latente, ou infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis

(ILTB), é definida pela OMS como um estado de persistente resposta imune ao estímulo dos antígenos do M.tuberculosis sem a presença de manifestações clínicas. O diagnóstico de ILTB é realizado quando se trata de uma pessoa assintomática com a radiografia de tórax normal, porém com prova tuberculínica reatora. Vários fatores podem interferir no tratamento da tuberculose, dentre eles destaca-se: ausência de trabalho fixo, alcoolismo e relato de não melhora clínica durante o tratamento. Os adolescentes, em decorrência de várias mudanças psicológicas e neurocognitivas apresentam dificuldade de avaliar situações de riscos, sendo que, muitos não consideram que uma patologia na sua saúde, pode resultar em um risco de morte. **Objetivo:** relatar a experiência proveniente do acompanhamento do tratamento de ILBT em uma adolescente de 15 anos na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, no qual se relata a experiência no acompanhamento de uma adolescente de 15 anos no tratamento da ILBT na ESF, localizada no município de grande porte populacional no interior de Minas Gerais, no período de janeiro de 2017 a junho de 2018. **Resultados e discussão**: O tratamento foi realizado no período de 17 meses, devido a não adesão e ao não compromisso da adolescente com o tratamento. Os procedimentos do tratamento tiveram que ser iniciado três vezes, tendo sucesso somente após a terceira tentativa. **Conclusão:** Observou-se que só foi possível concluir o tratamento após vínculo com a adolescente.
PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose; Adesão à Medicação; Enfermagem em Saúde Pública; Política de Saúde.

TREATMENT OF LATENT TUBERCULOSIS IN ADOLESCENTS FOLLOWED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Latent tuberculosis, or latent infection with Mycobacterium tuberculosis (LTBI), is defined by the WHO as a state of persistent immune response to the stimulus of M.tuberculosis antigens without the presence of clinical manifestations. The diagnosis of LTBI is made when it is an asymptomatic person with a normal chest X-ray, but with a reactive tuberculin skin test. Several factors can interfere in the treatment of tuberculosis, among them: lack of steady work, alcoholism and reports of no clinical improvement during treatment. Adolescents, as a result of various psychological and neurocognitive changes, have difficulty in assessing risk situations, and many do not consider that a pathology in their health can result in a risk of death**. Objective:** to report the experience from monitoring the treatment of ILBT in a 15-year-old adolescent in the Family Health Strategy (ESF). **Methods:** This is a descriptive study, of the experience report type, in which the experience in the follow-up of a 15-year-old adolescent in the treatment of ILBT in the ESF, located in a large population municipality in the interior of Minas Gerais, is reported. from January 2017 to June 2018. **Results and discussion**: The treatment was carried out within 17 months, due to non-adherence and non-commitment of the adolescent to the treatment. The treatment procedures had to be started three times, succeeding only after the third attempt. **Conclusion:** It was observed that it was only possible to complete the treatment after bonding with the adolescent.
KEYWORDS: Tuberculosis; Medication Adherence; Public Health Nursing; Health Policy.

INTRODUÇÃO

A tuberculose trata-se de uma doença infecciosa e transmissível, que é causada pela bactéria Mycobacterium tuberculosis, conhecida como bacilo de Koch, permanece ainda hoje como uma das principais causas de morbiletalidade em todo o mundo. Uma das principais características patológicas da doença é que ela afeta principalmente os pulmões dos pacientes, mas também pode acometer outros órgãos e sistemas dos pacientes (OPAS, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) fez uma estimativa que em 2022 cerca de 4,1 milhões de pessoas sofrem de tuberculose, mas não foram diagnosticadas com a doença ou não notificaram oficialmente às autoridades nacionais. Este número é bem superior ao do ano de 2019 onde a estimativa foi de 2,9 milhões (OPAS, 2021).

A via de transmissão da tuberculose ocorre pela via respiratória, durante a inalação de aerossóis por uma pessoa suscetível, estes aerossóis são produzidas na tosse, ou durante a verbalização e espirro de uma pessoa contaminada pelo bacilo e apresentando tuberculose na forma ativa sem o devido tratamento (SILVA et al., 2021). A maioria das pessoas que desenvolvem a doença são adultos. Contudo as crianças e adolescente, representaram 11% dos casos de tuberculose. Vale ressaltar que a tuberculose é evitável e curável, só depende da prevenção e do correto diagnóstico e tratamento (principalmente nos casos latentes).

A Tuberculose latente, ou infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTB), é definida pela OMS como um estado de persistente resposta imune ao estímulo dos antígenos do M.tuberculosis sem a presença de manifestações clínicas, visto que, o basilos que provocam a doença, estão encapsulados e com atividade diminuída no pulmão. Uma pessoa mesmo que esteja infectada pelo bacilo pode ficar anos saudável, não transmitir o bacilo e possuir imunidade parcial à doença (LEITE; RAMOS; ROBAZZI, 2017). O diagnóstico de ILTB é realizado quando se trata de uma pessoa assintomática com a radiografia de tórax normal, porém com prova tuberculínica reatora (SILVA et al., 2021).

Estima-se que um terço da população mundial está infectado pela bactéria M. tuberculosis, sendo que no Brasil a incidência é de 46 por 100.000 habitantes. A ativação da doença pode ocorrer em 5-10% dos casos, sendo maior a possibilidade nos dois primeiros após a infecção primária. Vários fatores podem interferir no tratamento da tuberculose, dentre eles destaca-se: ausência de trabalho fixo, alcoolismo, relato de não melhora clínica durante o tratamento (SILVA et al., 2018). Os adolescentes, em decorrência de várias mudanças psicológicas e neurocognitivas apresentam dificuldade de avaliar os riscos e situações de riscos, sendo que, muitos não consideram uma patologia na sua saúde como um risco de morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2000). A complexidade desta etapa de vida exige um atendimento diferenciado por parte dos profissionais de saúde, até o momento a relação maior durante as consultas eram profissionais-pais ou

responsáveis, que eram “responsáveis” pelas tomadas de decisões, nesta etapa de vida os adolescentes ganham destaque nas decisões durante as consultas. Assim, nesta nova etapa cria-se uma dinâmica mais elaborada, que é a relação: profissionais-adolescentes-pais ou responsáveis, levando a novos desafios durante uma consulta, principalmente voltado as situações éticas (GARANITO et al., 2019; TADEI et al., 2021)

Quando o adolescente precisa confrontar sua doença, ele pode menosprezar a mesma ou mesmo negá-la, negando o tratamento, pois na sua percepção não necessita de medicação. Sendo assim o objetivo deste estudo foi relatar a experiência proveniente do acompanhamento do tratamento de ILBT em uma adolescente de 15 anos na Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Este estudo foi desenvolvido a partir das experiências vividas durante a residência de enfermagem, frente às dificuldades no cotidiano da ESF.

Este estudo relata a experiência no acompanhamento de uma adolescente de 15 anos no tratamento da ILBT na ESF, localizada no município de grande porte populacional no interior de Minas Gerais, no período de janeiro de 2017 a junho de 2018. O município é designado cidade Pólo de uma Macrorregional de saúde e sede da Gerência Regional de Saúde sendo a maior cidade da região, com população.

RESULTADO E DISCUSSÃO

O tratamento foi realizado no período de 17 meses, devido a não adesão e ao não compromisso da adolescente com o tratamento, o tratamento teve que ser iniciado três vezes, tendo sucesso somente após a terceira tentativa.

Um novo esquema terapêutico foi estabelecido no ano de 2021 pelo Mistério da Saúde no SUS para o tratamento da infecção latente da tuberculose, neste novo esquema nomeado como 3HP serão administrados esquemas com os medicamentos rifapentina associada à isoniazida, afim de reduzir os riscos de evolução da tuberculose ativa nos pacientes que entraram em contato com o bacilo da tuberculose, assim como ajudar a interromper uma possível cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2022).

Esta mudança é de suma importância, principalmente quando debatemos sobre aqueles pacientes com dificuldades de adesão ao tratamento, visto que, neste novo esquema terapêutico o tempo de administração das doses é menor quando comparado ao esquema anterior, acredita-se que assim, seja possível uma melhor adesão do paciente ao tratamento, e tendo mais sucesso na conclusão deste (BRASIL, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde atualmente o SUS oferta três esquemas terapêuticos para a ILTB, sendo isoniazida, rifampicina e a rifapentina associada à isoniazida (3HP). O

tratamento realizado com a isoniazida, necessita de nove meses para ser concluído, ou seja, 270 doses diárias, já o tratamento realizado com a rifampicina, o tratamento realizado pela adolescente relatada neste estudo, necessita de quatro meses, no total 120 doses. Hoje, temos a opção do tratamento realizado com a rifapentina associada à isoniazida que tem duração de três meses, com 12 doses semanais, facilitando assim a terapia para os pacientes, haja que, diminui o número de doses, proporcionando a menor efeitos adversos, possibilitando uma melhor efetividade do tratamento (BRASIL, 2022).

Destaca-se que após iniciado o tratamento com os medicamentos, a transmissão começa a diminuir gradativamente, por isso a necessidade de seguir rigorosamente o tratamento. Estima-se que em15 dias o risco de transmissão é mínimo (TADEI et al., 2021).

Observou-se que só foi possível concluir o tratamento após vínculo com a adolescente, onde a mesma firmou um compromisso com a enfermeira de adesão ao tratamento. As abordagens à adolescente eram realizadas principalmente na escola e na unidade, já que a família da mesma é resistente à visita domiciliar. Notamos que as abordagens com a adolescente eram melhores na escola, onde ela se sentia mais confortável em ser esclarecida e informada sobre a importância do tratamento.

CONCLUSÃO

Foi observado que a criação de um vínculo com a adolescente foi primordial para que o tratamento pudesse transcorrer como previsto, pois somente depois daquele estabelecido, foi possível sensibilizar a adolescente sobre os riscos da ILTB.

REFERÊNCIAS

LEITE JÚNIOR, J. C.; RAMOS, R. T. T.; ROBAZZI, T. C. M. V. Tratamento da tuberculose latente em pacientes com doenças reumáticas juvenis: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, n. 3, p. 245–253,1 maio 2017.

GARANITO, M. P. et al. O PACIENTE ADOLESCENTE E A DELIBERAÇÃO CLÍNICA SOBRE A SUA SAÚDE Adolescent patients and the clinical decision about their health. **Rev Paul Pediatr.**, v. 37, n. 4, p. 503–509, 2019.

OPAS. **Mortes por tuberculose aumentam pela primeira vez em mais de uma década devido à pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/14-10-2021-mortes-por-tuberculose-aumentam-pela-primeira-vez-em-mais-uma-decada-devido>. Acesso em: 7 jun. 2022.

SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA**. Tratamento mais eficiente no SUS beneficia pacientes com tuberculose. Ministério da Saúde, 2019.** <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/tratamento-mais-eficiente-no-sus-beneficia-pacientes-com>. Acesso em: 7 jun. 2022.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. O atendimento do adolescente. In: Guia da Adolescência – **Departamento Científico de Adolescência da SBP**. Rio de Janeiro: SBP, 2000.

SILVA, D. R. et al. Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 2, p. 145–152, 2018.

SILVA, D. R. et al. Tuberculosis and COVID-19, the new cursed duet: what differs between Brazil and Europe? TT - Tuberculose e COVID-19, o novo dueto maldito: quais as diferenças entre Brasil e Europa? **J. bras. pneumol**, v. 47, n. 2, p. e20210044–e20210044, 2021.

TADEI, P. et al. Ações de enfermagem promotoras da adesão ao tratamento da tuberculose: revisão de escopo. **Rev Esc Enferm USP**, p. 1–11, 2021.

CAPÍTULO 26

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA SEGUNDO A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

Data de aceite: 04/07/2022

Évilin Diniz Gutierres Ruivo
Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Laurelize Pereira Rocha
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Janaina Cassana Mello Yasin
Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Deciane Pintanela de Carvalho
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Gustavo Baade de Andrade
Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

RESUMO: no Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis correspondem a 72% das causas de morte. Nesse contexto, foi criado em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022 com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas baseadas em evidências para a prevenção e o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco. Paralelo a isso, em 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística divulgou os resultados da primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde. Assim, o objetivo é apresentar os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde acerca das doenças crônicas não transmissíveis e as condições de saúde da população brasileira. Trata-se de um estudo documental, a partir de um banco de dados público, utilizando-se os resultados da primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde. Foi realizado uma análise descritiva simples. Os resultados da pesquisa evidenciaram que 66,1% da população com 18 anos ou mais de idade avaliaram sua saúde como boa ou muito boa, 28% como regular e 5,9% como ruim ou muito ruim. Ao identificar os fatores associados à avaliação negativa de saúde, fica visível que os enfermeiros necessitam de um fortalecimento para oferecer assistência de saúde adequada às pessoas que vivem com doenças crônicas não transmissíveis, com base em experiências locais, expansão e qualificação da atenção básica e outros níveis de cuidado, integração entre as ações de prevenção e promoção.

PALAVRAS-CHAVE: Doença crônica; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT: In Brazil, Chronic Noncommunicable Diseases account for 72% of the causes of death.

In this context, in 2011 the Strategic Action Plan to Combat Chronic Noncommunicable Diseases, 2011-2022 was created with the objective of promoting the development and implementation of evidence-based public policies for the prevention and control of Chronic Noncommunicable Diseases. Communicables and their risk factors. At the same time, in 2013, the Brazilian Institute of Geography and Statistics released the results of the first edition of the National Health Survey in partnership with the Ministry of Health. Thus, the objective is to present the results of the National Health Survey on non-communicable chronic diseases and the health conditions of the Brazilian population. This is a documentary study, based on a public database, using the results of the first edition of the National Health Survey. A simple descriptive analysis was performed. The survey results showed that 66.1% of the population aged 18 years and over rated their health as good or very good, 28% as fair and 5.9% as poor or very poor. By identifying the factors associated with negative health assessment, it is clear that nurses need to be strengthened to offer adequate health care to people living with chronic non-communicable diseases, based on local experiences, expansion and qualification of primary care and others. levels of care, integration between prevention and promotion actions.
KEYWORDS: Chronic Disease; Health Services Research; Nursing.

INTRODUÇÃO

Entende-se como Doenças Crônicas Não Transmissíveis aquelas multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. No Brasil elas correspondem a 72% das causas de morte e entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis que representam a maior parte das doenças estão: as doenças cardiovasculares, as respiratórias crônicas, os variados tipos de câncer e o diabetes mellitus.

Nesse contexto, foi criado em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022 com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas baseadas em evidências para a prevenção e o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco, assim como fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção a pessoas que vivem com doenças crônicas (BRASIL, 2011). Paralelo a isso, o IBGE divulgou os resultados da primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde realizada no ano de 2013 em parceria com o Ministério da Saúde. Os resultados divulgados trazem uma descrição da pesquisa sobre aspectos relacionados **às** condições de saúde da população brasileira tendo três enfoques: estilos de vida, doenças crônicas e percepção do estado de saúde (IBGE, 2014).

Com o conhecimento dos resultados da pesquisa os enfermeiros poderão elaborar um plano de cuidados voltados para as reais necessidades da população brasileira. Assim, objetiva-se apresentar os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde acerca das doenças crônicas não transmissíveis e as condições de saúde da população brasileira.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, a partir de um banco de dados público, utilizando-se os resultados da primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde no ano de 2018. Foi realizado uma análise descritiva simples. A Pesquisa Nacional de Saúde é uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o IBGE, no ano de 2013. Foram visitados 81.254 domicílios. Sendo realizadas 64.348 entrevistas domiciliares. Esses resultados encontram-se disponíveis online, na página virtual do IBGE (IBGE, 2014).

RESULTADOS

Em relação ao estilo de vida, os resultados mostram que pessoas na faixa etária de 18 anos ou mais de idade consomem cinco porções diárias de frutas e hortaliças correspondendo a 37,3%. No que se refere à prática regular de atividade física no Brasil a proporção de adultos que praticavam o nível recomendado de atividade física variou de 21,5% na Região Sul a 24,1% na Região Centro-Oeste. 14,2% das pessoas referiu que o próprio consumo de sal era alto ou muito alto. O consumo excessivo de sal está relacionado ao aumento no risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e doenças renais.

Em relação à prevalência de usuários atuais, de O uso diário ou ocasional de produtos derivados de tabaco, fumado ou não fumado foi de 15,0% (21,9 milhões de pessoas). A parcela de usuários foi mais prevalente na área rural que na urbana. Em relação às doenças crônicas, os resultados da pesquisa, mostrou que 31,3 milhões de pessoas com 18 anos ou mais referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial. Já, o diabetes quando relacionado com a situação de domicilio na área urbana 6,5% da população de 18 anos ou mais de idade referiu diagnóstico médico de diabetes, enquanto que na área rural a proporção foi de 4,6%[2]. Sobre o diagnóstico de câncer, os resultados mostram que a Região Sul apresentou o maior percentual (3,2%) de diagnóstico médico de câncer. Quanto ao tipo de câncer, o de mama, foi referido por 39,1% das mulheres e o câncer de próstata foi relatado por 36,9% dos homens entrevistados.

A avaliação do estado de saúde refere-se na percepção que os indivíduos possuem da sua própria saúde. É um indicador que aborda tanto componentes físicos quanto emocionais das pessoas, além dos aspectos de bem-estar e da satisfação com a própria vida. Os resultados da pesquisa evidenciou que 66,1% da população com 18 anos ou mais de idade avaliaram sua saúde como boa ou muito boa, 28% como regular e 5,9% como ruim ou muito ruim. Ao ter o diagnóstico de pelo menos uma doença crônica o entrevistado avaliou a sua saúde ruim/muito ruim. Na Pesquisa Nacional de Saúde somente 9,3% referiu ter “estilo de vida saudável”, ou seja, não faz uso de produtos derivados do tabaco, faz consumo adequado de frutas e hortaliças e pratica atividade física no lazer conforme

recomendado.

DISCUSSÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis atingem todas as camadas da população, mas são mais prevalentes em grupos vulneráveis como os idosos, os de baixa escolaridade e baixa renda (BRASIL, 2011). Além de ser uma doença tratável, a hipertensão é considerada um marco importante, pois pode levar à doença cardiovascular sintomática (SCHIMIDT et al., 2011). Nas últimas décadas os padrões de alimentação adotados podem ter prejudicado à saúde da população de diversas maneiras. O alto consumo de carne vermelha, de carne processada e de gorduras trans está diretamente relacionado ás doenças cardiovasculares e ao diabetes. Já o consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares (DUNCAN et al., 2012).

Em 2008 o consumo diário de sal pelos brasileiros era de 12g, até 2022 a meta é atingir 5g, o que contribui para a redução da hipertensão arterial e de outras doenças crônicas não transmissíveis (DUNCAN et al., 2012). Um dos principais fatores de risco evitáveis à saúde é o tabagismo. Esse pode contribuir para o desenvolvimento de várias doenças crônicas como doenças cardiovasculares, tipos de câncer diversos, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, pneumonias e asma, além de problemas oculares como a catarata e a cegueira (MALTA; JUNIOR, 2013).

Atualmente, a frequência de tabagismo está em um declínio importante (MALTA; JUNIOR, 2013). O diabetes além de estar relacionado com as taxas crescentes de morte, preocupa também pelo aumento na sua prevalência estimada e pelo número elevado de atendimentos ambulatoriais e hospitalares ocasionados pela própria doença e suas complicações (BRASIL, 2011).

Ainda que seja pouco frequente a população brasileira adotar estilos de vida mais saudáveis, os resultados da pesquisa evidenciam que a associação de comportamentos saudáveis com a percepção da saúde, mesmo sendo controlada pelos efeitos dos fatores socioeconômicos e somados a presença de pelo menos uma doença crônica não transmissível, é o indicativo de que a população brasileira já está relacionando estilos de vida saudáveis ao seu bem-estar e a uma avaliação mais positiva da sua saúde (MALTA; JUNIOR, 2013).

CONCLUSÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis constituem o maior problema de saúde no Brasil e no mundo, elevando o número de mortes prematuras e perda da qualidade de vida. Além disso, o aumento no número de pessoas que vivem com doenças crônicas não transmissíveis tende a gerar longas filas a procura de consultas, exames especializados e

cirurgias pelo SUS.

Dessa forma, o vínculo com instituições acadêmicas necessita ser expandidos, para que uma agenda de pesquisas seja adequadamente direcionada, com a finalidade de que nos diferentes níveis de atenção todos trabalhem por um único objetivo: reduzir os casos de doenças crônicas não transmissíveis em nosso país. Ao identificar os fatores associados à avaliação negativa de saúde, fica visível que os enfermeiros necessitam de um fortalecimento para oferecer assistência de saúde adequada às pessoas que vivem com doenças crônicas não transmissíveis, com base em experiências locais, expansão e qualificação da atenção básica e outros níveis de cuidado, integração entre as ações de prevenção e promoção.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças Crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**. 2011;377(9781):1949-61. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mil JG, Schmidt MI et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública** 2012; 46(Supl):126-34.

Malta DC, Junior JBS. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013**. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2014;23(3):389-395.

CAPÍTULO 27

VANTAGENS E DESVANTAGENS DA TOXINA BOTULÍNICA

Data de aceite: 04/07/2022

Ingrid Santos Lino
Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULPE/ULBRA Palmas/TO. Pós-graduanda no Instituto de Excelência em Educação e Saúde (IEES) Palmas -TO

Sabrina Silva Martins
Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC) Araguaína/TO. Pós-graduanda no Instituto de Excelência em Educação e Saúde (IEES) Palmas -TO

Artigo apresentado ao IEES CURSOS – INSTITUTO DE EXCELÊNCIA EM EDUCAÇÃO E SAÚDE como parte dos requisitos exigidos para obtenção de nota na pós-graduação de estética facial.

RESUMO: A Toxina Botulínica trata-se de um relaxante muscular, que auxilia na prevenção de rugas e envelhecimento precoce. Esse tratamento estético está cada vez mais ganhando espaço em várias áreas da saúde, principalmente Estética e Odontologia, ou seja, este procedimento contribui para a melhoria da autoestima. O presente artigo tem como objetivo abordar as vantagens e desvantagens da Toxina Botulínica, com o alvo principal na estética facial. A metodologia aplicada é pesquisa bibliográfica utilizando como fontes artigos de autores confiáveis e sites especializados. Resultando-se na abordagem clara e coesa sobre o tema do artigo, e por fim, esclarecendo que este procedimento pode proporcionar pontos positivos e negativos, ressaltando a importância do acompanhamento de profissionais qualificados para a realização do mesmo.
PALAVRA-CHAVE: Estética. Procedimento. Toxina Botulínica.

ABSTRACT: Botulinum Toxin is a muscle relaxant that helps prevent wrinkles and premature aging. This aesthetic treatment is increasingly gaining space in several areas of health, especially Aesthetics and Dentistry, that is, this procedure contributes to the improvement of self-esteem. This article aims to address the advantages and disadvantages of Botulinum Toxin, with the main target in facial aesthetics. The methodology applied is bibliographic research using articles from reliable authors and specialized websites as sources. Resulting in a clear and cohesive approach to the topic of the article, and finally, clarifying that this procedure can provide positive and negative points, emphasizing the importance of monitoring qualified professionals to carry out the same.
KEYWORDS: Aesthetics. Botulinum Toxin. Procedure.

1 I INTRODUÇÃO

Atualmente, a área da estética vem avançando, tanto em procedimentos faciais, como corporais, contribuindo para o embelezamento e a elevação da autoestima. A

Toxina Botulínica é uma neurotoxina, mais conhecida como *botox*, utilizada para tratamentos ou procedimentos em diversas áreas da saúde, se destacando na odontológica e estética.

O presente estudo visa esclarecer as vantagens e desvantagens deste procedimento, pois cabe ao profissional ser transparente com seus clientes a respeito dos pontos positivos e negativos, dado que é de suma importância esse esclarecimento para evitar transtornos futuramente.

A partir deste trabalho, espera-se que os profissionais envolvidos tenham mais conhecimentos acerca do problema entendendo a importância deste estudo. Deseja-se trazer uma contribuição para a área de estudo e se possível levantando novas questões sobre o assunto.

Para a elaboração do presente trabalho fez se uma pesquisa bibliográfica utilizando como fontes artigos de autores confiáveis e sites especializados, como Google Acadêmico. Fez se uma leitura seletiva e analítica dos materiais de referência os quais foram lidos em computador através do programa *Adobe Reader DC,* utilizado para leitura de arquivos em pdf, e no navegador do *Google* no caso dos sites.

A partir da leitura dos trabalhos de referências foi possível filtrar as informações importantes para atingir o objetivo do trabalho em questão. Na sequência, com base no plano de assunto organizou-se as citações obtidas com a pesquisa bibliográfica o que possibilitou a redação do texto. Ao final, é feito as conclusões e apresentam-se as referências utilizadas.

2 | PARTICULARIDADES DA TOXINA BOTULÍNICA (TB)

2.1 Conceituando a Toxina Botulínica

Segundo Campos e Miranda (2021) a toxina botulínica foi descoberta por Justinius Kerner em 1917, sendo essa produzida por uma bactéria designada Clostridium botulinum, um bacilo Gram positivo, anaeróbico, formador de poros, que está presente em legumes, frutas, solos, fezes humanas e no intestino de bovinos e equinos. A mesma produz cerca de sete sorotipos (A, B, C, D, E, F, G). No entanto, apenas os tipos A e B são usados comercialmente, porém, somente o sorotipo A é utilizado em tratamentos estéticos. Os autores destacam que,

> A toxina botulínica do tipo A é classificada como o sorotipo mais consumido, com grandes eficácias e maior duração e procedimentos estéticos e terapêuticos. Ela foi aprovada no ano de 1989 com o intuito de tratamentos para estrabismo, blefaroespasmo e espasmo hemifacial (CAMPOS; MIRANDA, 2021, p.44).

A Toxina botulínica trata-se de uma neurotoxina dose depende que causa fraqueza muscular no músculo esquelético onde, através do bloqueio cálcio dependente, ocorre a liberação de acetilcolina nos terminais nervosos, impedindo a transmissão do impulso

nervoso à placa motora do músculo (PINTO,2014).

Silva (2012) ressalta que existem três produtos de relevo de preparação de Toxina Botulínica, que são comercializados para aplicação na Medicina. A Toxina Botulínica A é comercializada, maioritariamente em duas marcas diferentes: BOTOX e Dysport. O Botox é comercializado mundialmente, sendo por isso o mais utilizado, o Dysport, por outro lado é comercializado apenas na União Europeia e no continente Asiático.

O Botox, devido à sua estrutura formada por um complexo cristalino da proteína de alto peso molecular da toxina e por uma hemaglutinina, é facilmente desnaturado, através de agitação da solução, de tal forma que deve ser manuseado cuidadosamente, mantendo a sua potência (SILVA; 2012).

Os autores ressaltam o histórico e conceito da Toxina botulínica, destacando os Sorotipos usados em procedimentos estéticos, que é o Sorotipo A, ou seja, é uma neurotoxina, usada em tratamentos para estrabismo, por exemplo, e para os procedimentos de estética, que é mais conhecido como Botox, pela as suas aplicações em clínicas, e por ser um produto comercializado mundialmente, e pode ser aplicada em diversos músculos da anatomia humana.

2.2 Indicações estéticas

Quando se trata de qualquer natureza de fármaco, todos têm suas recomendações, ou seja, indicações, a toxina botulínica não é diferente, pois a mesma segue uma bula e seu uso precisa ser restrito e seguido corretamente para evitar danos para os pacientes/ clientes e para a integridade do profissional.

Segundo Silva (2012) O uso da Toxina Botulínica A apresenta determinadas especificações de acordo com os tratamentos a aplicar. O autor destaca ainda que,

> As 'guidelines' devem incluir informações sobre o músculo objeto de aplicação, o local da injeção, as doses adequadas consoantes o sexo e local a aplicar, a resposta prevista após aplicação e os períodos de intervalo, provavelmente necessários entre os tratamentos. Além disso, as 'guidelines' devem apresentar igualmente, as possíveis complicações derivadas do tratamento (SILVA, 2012, p.41, grifo do autor).

O termo *Guidelines* que o autor se refere são diretrizes, ou seja, instruções, pois a mesma serve como uma ficha para ter informações mais amplas sobre o procedimento e ter a clareza das complicações derivadas do tratamento que vai ser realizado. Após a realização deste protocolo, vai ser permitida uma probabilidade reduzida de possíveis complicações e desta forma contribuído para a eficácia do tratamento. Segundo Silva apresenta,

> No caso da Toxina Botulínica A, representada pela marca BOTOX®, existem vários aspectos essenciais que contribuem para a eficácia das aplicações, destacando a referência às indicações do produto, contra-indicações, qualificações de aplicação do produto e recomendações (SILVA, 2012, p. 42).

O autor ainda destaca os principais músculos que são submetidos a aplicação da TBA são os seguintes: músculo frontal, corrugador do supercílio, orbicular do olho, prócero, músculo nasal, levantador do lábio superior e da asa do nariz, levantador do lábio, zigomático menor, zigomático maior, levantador do ângulo da boca, bucinador, risório, orbicular dos lábios, depressor do ângulo da boca, depressor do lábio inferior e músculo mentoniano (GOUVEIA; FERREIRA; SOBRINHO, 2020).

É de extrema importância que o paciente e o profissional definam os objetivos estéticos, cabe ao profissional que elabore um plano de tratamento, e fazer as recomendações necessárias, para o procedimento não ser comprometido de forma negativa.

3 I USO DA TOXINA BOTULÍNICA EM PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

3.1 Aplicação

A toxina Botulínica por ser um procedimento minimamente invasivo e não cirúrgico, sua indicação busca melhora de várias disfunções estéticas como: atenuação do sorriso gengival, diminuição de queloides e cicatrizes hipertróficas, controle de hiperhidrose, e muito utilizada como técnica para rejuvenescimento facial trazendo alta satisfação e eficácia dos pacientes, seu efeito é considerado de longo prazo podendo chegar até 6 meses dependendo da fisiologia do paciente (GOUVEIA; FERREIRA; ROCHA SOBRINHO, 2020).

É necessário seguir o protocolo corretamente, além da importância da realização da anamnese, uma vez que cada paciente possui um organismo e reação diferentes, e este procedimento pode ser realizado por técnica de administração pelas a via intramuscular e intradérmica.

Segundo os supracitados autores,

> As técnicas de aplicação têm variação devido às características individuais dos pacientes, como força muscular e extensão das rugas. Uma análise individual deve ser realizada e a partir daí define-se a quantidade de toxina botulínica a ser utilizada na região necessária (PIRES; NADEN; GODOY; 2021, p.10).

Na estética, destaca-se o tratamento das rugas e linhas de expressões, contribuindo para o rejuvenescimento da pele, e resultando em uma pele com o aspecto mais suave e jovem, pois este que é o objetivo do procedimento.

De acordo com Benecke (2012) sua indicação é para pacientes que apresentam rugas e marcas de expressão provocadas pelo envelhecimento natural da pele ou pela hiperatividade da musculatura da região, atenuando rugas frontais, peribucais, mentuais, lábios caídos, rugas glabeláres, periorbitais, nasais, plastimais, arqueação de sobrancelhas.

Santos (2013) afirma que,

> Seu uso é indicado a partir dos 20-25 anos de idade, pois é nessa fase que

> começa a ocorrer o envelhecimento cutâneo, e desse modo a toxina age de forma preventiva das linhas de expressão, gerando efeito mais satisfatório em longo prazo. (SANTOS, 2013, p. 12)

É notório que se trata de uns dos procedimentos mais procurado por motivos dos seus resultados positivos, porém é extremamente real os efeitos adversos, no próximo capitulo, será mais explorado as vantagens e desvantagens desta técnica.

4 I BENEFÍCIOS E RISCOS DA TOXINA BOTULÍNICA

4.1 Benefícios

A toxina botulínica é uma técnica segura, não invasiva e apresenta resultados eficazes. Os benefícios desta técnica são visíveis, pois além da melhoria da aparência física, contribuem para o psicológico também, pois muitas mulheres e homens sofrem de baixa autoestima e isso influência bastante na sua vida social, alguns se isolam e prejudicam sua saúde mental, então esta técnica ela age positivamente nestes dois âmbitos das vidas dos pacientes/clientes.

A Toxina botulínica beneficia diversas áreas como já foi citada, a área de destaque é a estética, alguns dos benefícios são:

- Melhoria do sorriso gengival.
- Cicatrização da pele.
- Queloides e cicatrizes hipertróficas.
- Controle da Hiperidrose.
- Rejuvenescimento Escrotal.
- Microbotox.

De acordo com Uebel (2019) pacientes com rugas dinâmicas demonstraram as melhorias mais drásticas após aplicação da toxina botulínica e são considerados os pacientes ideais para este tratamento. Pacientes que possuem rugas estáticas também podem se beneficiar das injeções, porém requerem duas ou três sessões de aplicação consecutivas para resultados significantes, como também a combinação com outros procedimentos cosméticos.

A autora ainda complementa que,

> Além das rugas dinâmicas, o tratamento com toxina botulínica também é indicado para outras funções estéticas, como modelação de sobrancelhas e da ponta nasal, elevar os cantos da boca (para casos classificados como “sorriso triste”), e corrigir assimetrias faciais (UEBEL; 2019, p.6).

4.2 Riscos do uso nos procedimentos estéticos faciais

A aplicação da TBA apresenta riscos, mas os efeitos adversos são geralmente leves e passageiros, tendo a duração de alguns dias após a aplicação e podem ser evitados quando obedecidos os protocolos técnicos, respeitando as normas e as indicações, realizados por um profissional experiente. (GOUVEIA; FERREIRA; SOBRINHO, 2020).

Os autores ainda complementam que,

> Os efeitos adversos podem ocorrer no local da aplicação ou até mesmo em locais distantes da aplicação, estes incluem: hematomas, dor, parestesia, sensibilidade, inflamação, hipoestesia, edema, infecção localizada, eritema, hemorragia ou ardor associados a injeção, tanto no local quanto no músculo adjacente, fraqueza no músculo local e também adjacente. (GOUVEIA; FERREIRA; SOBRINHO,2020, p.23).

O autor Uebel (2019) destaca algumas complicações que decorrentes dos efeitos da toxina botulínica são menos frequentes do que as reações da própria injeção, e são principalmente causadas pela denervação temporária de músculos adjacentes à área de tratamento.

Algumas das complicações são Dor, eritema e equimose, Diplopia (visão dupla) e dificuldade de acomodação das pálpebras, Ptose palpebral, excessiva elevação de sobrancelhas, Ptose do lábio superior e dificuldade de movimentação, Formação de anticorpos. Entre as complicações citadas a Ptose palpebral é a complicação mais temida pelos pacientes e profissionais, resulta da difusão de doses muito altas da toxina, aplicação muito próxima da borda orbital ou massagens na área aplicada. Regride de forma espontânea entre 2 a 4 semanas (UEBEL;2019).

Para melhor compreensão analisaremos a Figura 01 a seguir.

Indicações Estéticas	Contra-Indicações
• Rugas causadas pela persistente contracção muscular (linhas horizontais da testa, linhas do complexo glabelar, "pés de galinha", "bunny lines" (linhas de coelho), rugas peribucais, bandas do platisma) – (Rugas hipercinéticas)	• Uso em pacientes com doenças no Sistema Nervoso Periférico ou com desordens neuromusculares; • Co-administração de antibióticos que contêm aminoglicosídeos ou outros agentes que interferem na transmissão neuromuscular; • Uso no tratamento de pacientes com processos inflamatórios presentes na pele e no local em que é realizada a aplicação; • Gravidez e Amamentação.

Figura 01: Indicações Estéticas e Contraindicações no uso da Toxina Botulínica A.

Autor: Silva, 2012.

Na figura demonstra as indicações estéticas e contraindicações, logo é de extrema importância o profissional responsável sempre relembrar ou até mesmo alertar os pacientes/ clientes dos riscos existentes, uma vez que faz parte do código de ética da profissão, além da sensibilidade profissional, que demostra empatia por terceiros, que é de suma necessidade.

5 I CONCLUSÃO

A toxina Botulínica do tipo A como foi exposto no presente artigo, exerce um papel eficaz e ativo nos tratamentos estéticos, como no de rugas, que é o mais popular, atualmente, pois não atua exclusivamente na prevenção, todavia na suavização e correção das linhas de expressões que são tão indesejadas.

Como já foi citado, trata-se de uma técnica não invasiva e resulta em feedback positivos, porém isso não anula a reponsabilidade do profissional em alertar os pacientes/ clientes dos riscos, pois são reais e precisam de atenção, para evitar transtornos tanto para o cliente como para o profissional.

Esta técnica quando for procurada, é importante que o cliente sempre priorize qualidade, tal que os riscos de efeitos adversos aumentam quando o procedimento é realizado por profissionais que não estão qualificados, apesar de ser uma técnica não cirúrgica, requer profissionalismo e aptidão para a realização da mesma.

Ressalta-se há presenças de riscos no seu uso, mas é possível eliminar com a procura de profissionais qualificados, que tenham a especialização exigida, que faça o uso com produtos confiáveis, e seguindo as doses recomendadas, então é sempre importante o cuidado para evitar complicações.

Por fim, ressalva a importância da pesquisa para a contribuição tanto profissional como pessoal, sem a mesma não seria realizado o presente artigo, pois foram usadas fontes confiáveis que só enriqueceram o estudo. É sempre importante alertar as desvantagens de quaisquer procedimentos estéticos para então conquistar uma realização profissional.

REFERÊNCIAS

BENECKE, R. **Clinical Relevance of Botulinum Toxin Immunogenicity.** Biodrugs. V. 26, N.2, p. 1-9, 2012.

CAMPOS, Eduarda Pautz; MIRANDA, Camila Vicente de. Toxina Botulínica tipo A: Ações farmacológicas e uso na estética facial. **Rev Saúde Mult.**2021 mar, 9 (1): 42-51.

GOUVEIA, Beatriz Nunes. FERREIRA, Luciana de Lara Pontes. SOBRINHO, Hermínio Maurício da Rocha. O uso da toxina botulínica em procedimentos estéticos. **Revista Brasileira Militar de Ciências**, V. 6, N. 16, 2020.

MADY, Kelly Kristiny dos Santos (org.). **Uso da toxina botulínica tipo "a" como rejuvenescedor na estética facial**: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.12, p. 112299-112312 dec. 2021.

PAUTZ E.**Toxina Botulínica Tipo A: Ações Farmacológicas e uso na Estética Facial.** 2021 mar, 9(1): 42-51.44/51.

PINTO, D. C. **A toxina botulínica: passado, presente e futuro.** 2014, 59 f. Trabalho com obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas -Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.

PIRES, André Marcelino. NADER, Jacquelline Machado Pinto. GODOI, Larissa Toledo Mamede. **Rejuvenescimento Facial através da Toxina Botulínica: Revisão de literatura.** Disponível em: https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/17245/1/TCC%20-%20TBA%20NO%20REJUVENESCIMENTO%20-%20Versao_RUNA.pdf Acesso em: 30.Jan.2022.

SANTOS, T.J. **Aplicação da Toxina Botulínica em Dermatologia e Estética e suas Complicações:** Revisão de Literatura. Monografia (Especialização). Instituto de ciências da Saúde – ICS / Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE. Alfenas, 2013.

SILVA, Joana Filipa Nogueira da. **A aplicação da Toxina Botulínica e suas complicações.** Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57190/2/Joana%20Filipa%20Nogueira%20da%20Silva%20%20pdf.pdf Acesso em: 01.fev.2022.

UEBEL, Márjorie Roesler. **Uso da toxina Botulínica na prevenção de rugas dinâmicas- Uma revisão de literatura.** Lajeado - RS, maio de 2019.

SOBRE O ORGANIZADOR

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Administração de medicação 38, 39, 40, 41, 42, 43

Atenção primária 11, 116, 121, 122, 133, 148, 151, 152, 157, 158, 165, 171, 185, 190, 211, 227

Auditoria 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20

Auditoria de enfermagem 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 19, 20

C

Comunicação 3, 5, 6, 23, 35, 36, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 69, 93, 94, 95, 99, 104, 106, 107, 109, 111, 113, 115, 116, 123, 136, 159, 160, 165, 168, 175, 177, 194, 199, 203, 226, 229, 230, 232, 236, 238, 239

Cultura de segurança do paciente 38, 89, 93, 94, 95, 99, 102, 103

Cultura de segurança e segurança do paciente 97

Cultura organizacional 89, 99

D

Desinfecção das mãos 74

Doença 51, 89, 90, 110, 118, 119, 120, 123, 126, 134, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 154, 167, 172, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 183, 184, 188, 189, 191, 193, 194, 195, 196, 199, 203, 205, 206, 207, 208, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 244, 245, 248, 250, 251

E

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 85, 86, 87, 88, 91, 95, 96, 104, 106, 107, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 140, 142, 145, 146, 147, 151, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 175, 177, 182, 183, 191, 196, 200, 201, 202, 203, 205, 207, 208, 216, 217, 218, 226, 232, 234, 240, 243, 245, 247, 248, 253, 261

Enfermagem em saúde comunitária 104

Enfermagem em saúde pública 104, 243

Enfermeiro gestor 21, 23, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37

Enfermeiros 3, 4, 7, 8, 12, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 40, 74, 75, 76, 80, 84, 85, 103, 107, 110, 111, 113, 116, 121, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 135, 145, 146, 148, 150,

151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 174, 175, 182, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 207, 218, 248, 249, 252

Ensino 9, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 51, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 70, 84, 89, 104, 106, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 133, 137, 146, 163, 170, 209, 210

Equipamentos 5, 42, 53, 56, 75, 76, 84, 94, 115, 122, 207, 218, 237

Estudantes de enfermagem 43, 44, 63, 104, 124, 126, 137, 140

Evolução 5, 10, 14, 65, 89, 91, 93, 118, 119, 120, 123, 143, 216, 219, 226, 245

F

Família 30, 105, 122, 133, 142, 144, 147, 151, 158, 159, 160, 163, 164, 165, 167, 183, 191, 193, 195, 196, 197, 199, 200, 202, 206, 226, 227, 235, 238, 239, 242, 243, 245, 246

Fitoterápicos 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159

G

Gestão de segurança 97

Gestão hospitalar 14, 21

H

Higiene das mãos 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 88

Hospital 4, 14, 20, 21, 22, 25, 26, 33, 43, 47, 48, 65, 66, 67, 72, 74, 75, 76, 83, 84, 85, 86, 87, 91, 92, 96, 97, 98, 102, 104, 107, 109, 111, 112, 113, 115, 131, 172, 173, 176, 183, 184, 186, 188, 189, 190, 201, 205, 206, 208, 214, 216, 234, 242

I

Incidentes 33, 34, 35, 36, 37, 43, 44, 91, 92, 225

Infecção hospitalar 6, 64, 65, 67, 68, 71, 72, 73

Instalações de saúde 75

Instituições de saúde 7, 9, 11, 32, 42, 66, 69, 75, 92

L

Látex 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62

Lavagem das mãos 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73

M

Metodologias de ensino 38, 39

Motivação 30, 33, 35, 36, 69, 72, 94, 140, 197, 199, 234, 235

N

Notificação 29, 33, 34, 35, 36, 37, 98, 99, 168

O

OPME 1, 3, 4, 7

P

Percepção 38, 43, 51, 95, 96, 104, 132, 137, 144, 147, 148, 150, 158, 159, 160, 161, 165, 202, 245, 249, 250, 251, 252

Planeamento 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31

Plantas medicinais 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 157, 158, 159

Preceptoria 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 122

Profissionais de enfermagem 8, 35, 41, 58, 63, 69, 74, 76, 77, 79, 80, 81, 85, 86, 88, 95, 96, 110, 121, 132, 168, 171, 205, 208, 217

Proteção 33, 34, 53, 54, 56, 58, 61, 207, 218

Psicologia 20, 135, 160, 161, 163, 165, 166, 167, 170, 171, 190, 203

Q

Qualidade da assistência em saúde 9, 20, 86, 95

R

Resíduos de serviços de saúde 53, 54, 63

S

Saúde 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 45, 46, 47, 51, 53, 54, 57, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 78, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 113, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 174, 175, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 257, 260, 261

Segurança do paciente 4, 7, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 51, 62, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 121, 261

Simulação 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 53, 55, 56, 61, 62, 63, 121, 125

Simulação clínica 38, 39, 40, 41, 42, 43, 63, 125

Simulação em enfermagem 38, 39, 121

Simulação realística 43, 44, 45, 46, 47, 51, 55, 61, 62, 63

Suicídio 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 225

T

Trauma 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 56

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

ENFERMAGEM:

Investigação científica, ensino e assistência 2

Atena Editora
Ano 2022

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

ENFERMAGEM:

Investigação científica, **ensino e assistência 2**

Ano 2022